



Escuela de
Obstetricia y
Puericultura
Casa Central

ACCIONES PROFESIONALES NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO.

Tesis para optar al Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura.

Profesoras guías:

Soledad Bravo Pérez

Ingrid Vargas Stevenson

Estudiantes:

Antonia Ávila Toro

Josefa Beltrami Astudillo

Camila Díaz Rojas

Fernanda Lobos Vicencio

María José Ortiz Zamora

Carla Valdivieso Vivanco

Viña del mar, año 2022.

AGRADECIMIENTOS.

Manifestamos como grupo nuestros agradecimientos a la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso (Sede Reñaca) y sus docentes por formarnos como futuras matronas bajo una mirada biopsicosocial, lo que nos motiva a otorgar siempre una atención integral a nuestras usuarias y sus familias.

Queremos destacar a nuestras profesoras tutoras Ingrid Vargas y Soledad Bravo por su constante compromiso, sabiduría y apoyo para lograr la presente tesis. Cada una nos ayudó desde su área de desempeño a generar esta tesis, de la cual estamos orgullosas. Creemos que la temática de nuestra investigación es bastante relevante para la matronería, más aún por la contingencia nacional actual del sobre intervencionismo que se puede observar en los partos. Por aquello, agradecemos la oportunidad de poder adquirir y ahondar en conocimientos que sin duda nos aportan en nuestro pregrado y en la formación de nuestro futuro rol y perfil como profesionales de la matronería.

Muchas gracias a todos y todas.

DEDICATORIA.

*A nuestras familias,
que nos apoyaron incondicionalmente
durante este importante proceso de nuestro pregrado.*

“Para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la forma de nacer”. Michel Odent

ÍNDICE

RESUMEN.	1
CAPÍTULO 1.	2
1.1 Introducción.	2
1.2 Marco teórico.	4
1.2.1 Historia del trabajo de parto y parto.	4
1.2.2 Parto.	4
1.2.3 Trabajo de parto y parto.	5
<i>Tabla 1. Valores normales para cada una de las etapas del parto. Extraído de Guía Perinatal, 2015.</i>	6
1.2.4 Acciones profesionales durante el trabajo de parto.	7
1.2.5 Acciones no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto.	8
1.2.6 Escalas del dolor.	10
1.3 Objetivos.	11
1.4 Propósito.	12
CAPÍTULO 2: MÉTODOS.	13
2.1 Tipo de revisión sistemática.	13
2.3 Criterios de elegibilidad.	13
2.3.1 Criterios de inclusión.	14
2.3.2 Criterios de exclusión.	14
2.4 Estrategia de búsqueda.	14
2.5 Lista de datos.	15
<i>Tabla 2. Lista de datos. Elaboración propia.</i>	17
2.6 Extracción de datos.	18

2.7 Procesamiento y análisis de datos.	18
CAPÍTULO 3: RESULTADOS.	19
3.1 Selección de estudios.	19
<i>Flujograma 1. Selección de estudios. Elaboración propia.</i>	19
3.2 Características de los estudios.	20
3.3 Riesgo de sesgo.	20
3.4 Resultado de estudios.	21
3.4.1 Tipo de acción.	21
3.4.2 Descripción de la intervención.	22
3.4.3 Percepción del dolor.	35
3.4.4 Reacciones adversas materno-fetales.	43
3.4.5 Resultados secundarios.	43
CAPÍTULO 4: DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.	45
4.1 Discusión.	45
4.1.1 Resultados principales.	45
4.1.2 Discusión con otras revisiones.	46
4.1.3 Limitaciones del estudio.	47
4.1.4 Sugerencias.	48
4.2 Conclusiones.	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	52
ANEXOS	56

RESUMEN.

El parto es un proceso fisiológico reproductivo que conlleva varios eventos durante su progreso, donde uno de los más significativos es el dolor. Este es subjetivo y multidimensional según cada persona, por ello, actualmente existe el manejo farmacológico y no farmacológico del dolor durante el trabajo de parto y parto, siendo un pilar fundamental en la experiencia del parto. **El propósito** de la revisión sistemática descriptiva es estudiar el manejo no farmacológico del dolor de trabajo de parto y parto. **El objetivo** es analizar la evidencia científica sobre las acciones no farmacológicas utilizadas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo en nulíparas y/o primíparas de bajo riesgo. **Metodología:** Se revisaron 33 estudios primarios, en inglés y español, publicados entre los años 2017 y 2022, en bases PubMed y ScienceDirect. **Resultados:** De los 33 artículos se encontraron 17 acciones no farmacológicas, las más mencionadas fueron la masoterapia, acupresión y estimulación eléctrica transcutánea. En la percepción del dolor, la mayoría de los artículos señalaban disminución del dolor luego de aplicar la acción en el grupo experimental versus el grupo control. Sólo 2 artículos mencionaron reacciones adversas materno-fetales. Destacan resultados secundarios como la duración de las fases del parto, satisfacción materna y ansiedad. **Conclusión:** Las acciones no farmacológicas en usuarias nulíparas y/o primíparas de bajo riesgo son efectivas para disminuir el dolor durante la primera etapa del parto.

Descriptor: trabajo de parto, parto, percepción del dolor, dolor de parto, trabajo de parto inducido, embarazo de alto riesgo.

CAPÍTULO 1.

1.1 Introducción.

El **parto** es un proceso fisiológico que experimentan y protagonizan las personas gestantes, el cual funciona como un sutil engranaje hormonal donde un pequeño factor puede interferir en su desenlace e impactar en la satisfacción materna respecto a lo vivido en ese momento (1). Este proceso reproductivo puede ser distinto según la cultura, creencias y normas de la sociedad que rodea a las personas gestantes.

El **dolor**, es un evento que está presente durante el trabajo de parto y parto. Este es considerado como uno de los momentos más potentes y cruciales en la vida de la persona gestante, y es considerado además una de las formas más severas de dolor percibido (2).

La **Asociación Internacional para el Estudio del Dolor** lo define como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociadas o no a un daño real o potencial de estructuras somáticas, viscerales o nerviosas”* (3).

Según un artículo de la **Revista Chilena de Anestesia**, *“el dolor es una experiencia multidimensional, que abarca procesos psicoafectivos (cognitivo, conductual y emocional), sociales, culturales, económicos y espirituales”* (4). Esta última área juega un rol relevante en la percepción e interpretación del dolor, ya que cada cultura tiene un modelo de actitudes y reacciones o conducta frente a este (4).

El manejo del dolor es un pilar fundamental de la actividad de los profesionales encargados del apoyo y asistencia de una persona gestante en trabajo de parto y parto. Esto no solo incluye el manejo no farmacológico. La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** recomienda como métodos farmacológicos para el alivio del dolor en embarazadas sanas, según sus preferencias el uso de analgesia/anestesia epidural y de opioides de administración parenteral (fentanilo, diamorfina y petidina). En cuanto a los **métodos no farmacológicos**, recomienda realizar técnicas de relajación, incluso la relajación muscular

progresiva, respiración, música, meditación y otras técnicas para gestantes que así lo requieran, dependiendo de sus preferencias. Además, menciona técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias (5).

De acuerdo al **Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo**, es de responsabilidad del equipo de salud brindar todas las opciones para el alivio del dolor durante el proceso, como por ejemplo, poder adoptar las posiciones que le sean más cómoda a la persona gestante, deambular durante el trabajo de parto, recibir masajes de parte de la pareja y/o acompañante, utilizar compresas calientes, a temperatura tolerable y apoyo farmacológico según las posibilidades de los establecimientos de salud y de las gestantes (6).

En el contexto nacional, la **Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile (2018)** de la Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), realizada en el periodo de 2015 - 2017, revela que el uso de analgesia/anestesia epidural se reportó en un 73,7% en hospitales y 88,6% en clínicas. Por otro lado, las personas gestantes que no tuvieron acceso a métodos no farmacológicos para el alivio del dolor fue un total de 62,1% en hospitales públicos, mientras que en clínicas privadas se reportó un total de 60,6% durante el mismo periodo de tiempo antes mencionado (7).

Por lo tanto, mediante la presente revisión sistemática, se busca estudiar ¿Qué acciones profesionales no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo muestran más eficacia en el alivio del dolor durante su aplicación en nulíparas y/o primíparas de bajo riesgo entre los años 2017 - 2022 según la evidencia científica?

1.2 Marco teórico.

1.2.1 Historia del trabajo de parto y parto.

La asistencia del parto ha ido evolucionando a través de los años, en distintos contextos, dependiendo de cada país. Dentro del cambio más destacado se encuentra la asistencia del parto intrahospitalario, el cuál es beneficiado por los avances tecnológicos y avances asociados a la medicina (8).

Desde siempre el parto ha requerido cuidados y atenciones, a pesar de ser un proceso fisiológico. En Chile, a mediados del siglo XIX, comenzó su medicalización, favorecida por una alta mortalidad materna e infantil, por lo que el parto se considera como un evento de alto riesgo y complicado que requiere de especialistas viendo a la persona gestante como “enferma” o “paciente”, provocando aún mayor intervencionismo (9).

Por lo tanto, con los avances el nacimiento dejó de ser algo natural, lo que provoca temor y la angustia en la mujer, generando el convencimiento de que frente a una experiencia que puede resultar dificultosa, los recursos médicos son la única salida, deshumanizando la atención del trabajo de parto y parto, aumentando asimismo las cesáreas innecesarias.

1.2.2 Parto.

El **parto** es la parte final de la gestación, en el que la persona gestante expulsa el feto y la placenta, donde la vía de resolución puede ser alta (cesárea) o baja (parto vaginal).

El **parto vaginal** se subdivide en dos tipos:

- **Parto Vaginal Eutócico:** Son los partos que se inician de manera espontánea en un embarazo de término, sin presentar dificultades en su desarrollo (10).
- **Parto Vaginal Distócico:** Son los partos que tienen alguna complicación y que requieren de maniobras o intervenciones quirúrgicas para llevarlos a cabo (11).

En cuanto a las **cesáreas**, para la salida del feto se requiere de una intervención quirúrgica a través de una incisión abdominal (12). Estas se clasifican en 2 tipos:

- **Cesárea de urgencia:** cuando existe algún riesgo que comprometa la vida de la persona gestante o del feto, ya sea ante parto o intraparto y que requiera terminar el proceso rápido (12).
- **Cesárea electiva:** durante el periodo prenatal, por diferentes razones, se elige programar la interrupción del embarazo (12).

1.2.3 Trabajo de parto y parto.

El trabajo de parto y parto vaginal se divide en 3 etapas consecutivas: periodo de **dilatación** (primera etapa), periodo de **expulsivo** (segunda etapa) y periodo de **alumbramiento** (tercera etapa).

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* define la **fase latente** del periodo de dilatación como *“un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes”* (5).

En cuanto a la **fase activa**, esta organización la define como: *“un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes”* (5).

Con relación a la duración del trabajo de parto, la *OMS* hace mención que durante la fase latente no existe una estandarizada, ya que puede variar mucho entre una persona gestante y otra. Pero, en cuanto a la fase activa de dilatación, menciona que esta no debe exceder las 12 horas en primigestas, mientras que, en multíparas, no debería exceder las 10 horas (5).

Según la *Guía Perinatal (2015)*, cada fase del parto tiene su tiempo “establecido” (*Tabla 1*), pero estos pueden variar según el manejo y características de cada parto y persona gestante.

	Etapas del parto		Tiempos esperados
Primera Etapa	Fase latente	Nulípara	Hasta 20 hrs
		Multípara	Hasta 14 hrs
	Fase Activa	Dilatación Nulípara	1.2 cm/h
		Multípara	1.5 cm/h
		Descenso Nulípara	1 cm/h
		Multípara	2 cm/h
Segunda Etapa		Nulípara	90 minutos
		Multípara	60 minutos
Tercera Etapa		Nulípara	45 minutos
		Multípara	30 minutos

Tabla 1. Valores normales para cada una de las etapas del parto. Extraído de *Guía Perinatal, 2015*.

Según el *Manual de Atención Personalizada del Parto*, el **diagnóstico de trabajo de parto** se realiza cuando se cumplen los siguientes criterios: 3 o más contracciones uterinas rítmicas en 10 minutos, generalmente dolorosas, que duran 40 segundos o más, presentes por más de 1 hora. El diagnóstico clínico se complementa por la presencia de un cuello uterino maduro (centrado, reblandecido, acortado o borrado) con una dilatación de 2 - 3 cm o más (6).

En Chile, cuando las gestantes cumplen con el diagnóstico de trabajo de parto, son admitidas en la **Unidad de Preparto** de cada servicio de salud chileno. En este contexto, el *Ministerio de Salud (MINSAL)* determinó ciertos objetivos generales, los cuales debieran ser aplicados en los servicios de salud, estos son:

- “Personalizar la atención durante el trabajo de parto.
- Generar un espacio de intimidad, seguridad, autonomía y acogida al interior de la maternidad, donde la mujer y su familia sean reconocidos y tratados como los protagonistas del evento.
- Permitir la evolución fisiológica del trabajo de parto, minimizando las intervenciones (evitar la medicalización).
- Identificar y manejar oportunamente las eventuales complicaciones que surjan en el proceso.
- Evaluar la necesidad de manejo del dolor durante el trabajo de parto, solicitar apoyo por profesional calificado” (6).

1.2.4 Acciones profesionales durante el trabajo de parto.

Durante la primera y segunda etapa del parto, se suelen realizar una variedad de cuidados y distintas intervenciones, con el objetivo de obtener un buen resultado final tanto para la persona gestante como para el recién nacido (RN) (5). Las intervenciones más comunes son:

- **Monitoreo Fetal Intraparto (MEFI).** Es un monitoreo electrónico con un continuo registro de los latidos cardio fetales (LCF) y contractilidad uterina (13).
- **Rotura Artificial de Membranas (RAM).** También llamada amniotomía, es el procedimiento donde se genera una rotura en las membranas ovulares, con el objetivo de ayudar a aumentar la actividad uterina (13).

- **Tacto vaginal obstétrico.** Es un procedimiento por el cual se obtiene información acerca de las condiciones del cuello uterino, el polo fetal y la pelvis materna, para así determinar la progresión del trabajo del parto (13).
- **Uso de oxitocina exógena.** Este medicamento es utilizado para acentuar la actividad uterina en diferentes casos (13).
- **Uso de métodos farmacológicos para el manejo del dolor.** Pueden ser administrados por vía sistémica, inhalatoria o espinal. Los más comunes son la analgesia regional o neuro axial, anestésicos locales y opioides (14).
- **Uso de acciones no farmacológicas para el manejo del dolor.**

1.2.5 Acciones no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto.

Existen métodos no farmacológicos que ayudan al manejo del dolor en el trabajo del parto y parto, además de generar satisfacción a la madre y mejorar los resultados obstétricos (15). Estos son métodos seguros y eficaces para el alivio del dolor y podrían influir en la duración del trabajo de parto y parto, además de ser una alternativa a los métodos convencionales farmacológicos (16).

Algunos métodos no farmacológicos son:

- **Esferodinamia.** Se traduce como el movimiento en una esfera, generalmente mediante el uso de un balón kinésico. Esta técnica ayuda en la disminución del dolor de la pelvis y ayuda a relajar los músculos de la espalda durante el trabajo de parto. Entre los beneficios del uso del balón están: favorecer la dilatación, ampliar diámetros pélvicos, proporcionar un elemento de distracción a la persona gestante y mejorar la recuperación del suelo pélvico postparto. Por otro lado, solo se restringe y/o se limita su uso en caso de requerir una monitorización fetal intraparto (MEFI) estrictamente continua o si ya fue administrada la analgesia epidural (17).

- **Hidroterapia.** Su objetivo es contribuir en la relajación muscular y el alivio del dolor de la persona gestante. Esta favorece diversas posiciones que ayudan al descenso fetal, ayudando a que se reduzcan las intervenciones innecesarias y la medicalización del parto. Además, influye positivamente en la ansiedad y el estrés materno. Si bien la hidroterapia tiene múltiples beneficios, es importante que en caso de inmersión, exista un protocolo para el uso de la persona gestante, para así evitar posibles complicaciones (18).
- **Masoterapia.** El masaje durante el trabajo de parto y parto es un método de alivio del dolor que genera un efecto tranquilizador, que estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés. Esta se basa en manipular los tejidos blandos del cuerpo para relajar la musculatura tensa y calmar a la gestante. Dentro de las contraindicaciones de la masoterapia se encuentra la presencia de heridas sangrantes, inflamaciones e infecciones agudas, traumatismos recientes, enfermedades de la piel, dermatitis, estados febriles, cardiopatías descompensadas, taquicardias e hipertensión (19).
- **Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS).** La TENS, por sus siglas en inglés, consiste en la aplicación superficial de corriente eléctrica de alta frecuencia y baja intensidad que se ha utilizado tradicionalmente en el tratamiento del dolor. La ubicación de los electrodos generalmente es en la zona paravertebral dorsal y en la zona sacra. Su uso está contraindicado en embarazos menores a 37 semanas, en personas gestantes portadoras de marcapasos y en partos en agua (19).
- **Acupuntura.** Consiste en la inserción de agujas delgadas en puntos anatómicos específicos acorde a la enfermedad o dolencia que se quiere tratar (20). Es beneficiosa para reducir el dolor en el trabajo de parto, insertando dichas agujas en los puntos de acupuntura ubicados en manos, pies y orejas. Como resultados secundarios se presentan dolor, sangrado leve o hematomas en donde se insertaron

las aguas, y el riesgo de infección es mínimo si se recurre a un acupunturista certificado y utiliza agujas desechables (19).

1.2.6 Escalas del dolor.

Para objetivar el dolor se pueden utilizar diversas escalas/cuestionarios, tales como: Escala Visual Análoga (EVA), Escala numérica del dolor (NRS), Escala de categoría verbal (VCS), Escala del dolor McGill, entre otras.

Una de las escalas más utilizadas es la **Escala Visual Análoga (EVA)**, la cual se basa en una línea horizontal de 10 cm, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de la intensidad del dolor. En el extremo izquierdo está la ausencia o menor intensidad y en el extremo derecho la mayor intensidad. Para su aplicación, se pide a la persona que marque en la línea el punto que represente la intensidad de su dolor. Luego se mide con una regla, siendo expresada la intensidad en centímetros (10) o milímetros (100). Su valoración será: dolor leve si la paciente puntúa el dolor como menor a 3 cm, dolor moderado si la valoración se encuentra entre 4 y 7 cm, y dolor severo cuando la valoración es igual o superior a 8 cm (21).

También existe la **Escala Numérica del Dolor (NRS)**, la cual consta de 11 números (0-10) donde la persona selecciona el número que mejor representa la intensidad del síntoma. El 0 representa que la persona está sin dolor, de 1 a 3 es un dolor leve, de 4 a 6 un dolor moderado, y por último cuando mencionan que su dolor es de 7 a 10 es porque presentan un dolor severo, siendo 10 el máximo dolor que han sentido (21).

Por otro lado, está el **Cuestionario de Dolor de McGill**, el cual analiza la esfera sensorial y afectiva. Para su aplicación se le pide a la persona que escoja un adjetivo de cada 20 subclases de grupos de adjetivos. Cada palabra se asocia a una puntuación específica. Los índices de dolor se calculan para la puntuación total, así como para cada dimensión del cuestionario (21).

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo general.

Analizar la evidencia científica referente a las acciones profesionales no farmacológicas utilizadas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo en nulíparas y/o primíparas de bajo riesgo entre los años 2017 - 2022.

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Conocer las acciones profesionales no farmacológicas que existen para manejar el dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo en mujeres primíparas y/o nulíparas de bajo riesgo según evidencia científica seleccionada.
2. Describir cada acción profesional no farmacológica usada para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo realizada en los estudios seleccionados.
3. Determinar la variación de la percepción del dolor en base a los resultados de los artículos seleccionados luego de aplicar las acciones profesionales no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo según las fases del parto.
4. Mencionar las reacciones adversas materno-fetales manifestadas mientras se practican las acciones profesionales no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo según los artículos seleccionados.
5. Señalar los 3 resultados secundarios más mencionados que se asocian al uso de acciones profesionales no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo dentro de los artículos seleccionados.

1.4 Propósito.

El propósito de realizar la presente revisión sistemática es el permitir recopilar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la aplicación de acciones profesionales no farmacológicas del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo, a partir del relato de diferentes investigadores internacionales. De acuerdo con lo anterior, se espera encontrar evidencia que contenga los distintos métodos utilizados a nivel mundial para aliviar el dolor del trabajo de parto y parto, junto con información acerca de su efectividad, forma de uso, reacciones, entre otros.

La hipótesis investigativa supone que de acuerdo con la descripción de la evidencia científica, la aplicación de distintas acciones profesionales no farmacológicas para el manejo del dolor en usuarias nulíparas y/o primíparas de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto espontáneo, son efectivas para disminuir la percepción del dolor del trabajo de parto y parto.

CAPÍTULO 2: MÉTODOS.

2.1 Tipo de revisión sistemática.

El presente estudio corresponde a una revisión sistemática de tipo descriptiva debido a que es una investigación que recopila y sintetiza evidencia científica de aspectos cualitativos sobre el trabajo de parto y parto con el fin de buscar a través de la pregunta investigativa el conocimiento que existe en el tema determinado: uso de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto.

A partir de la información recopilada se realiza un análisis observacional y retrospectivo de los estudios, este será planteado de forma únicamente descriptiva y sin un análisis estadístico de por medio (22).

2.2 Protocolo.

Para guiar esta revisión sistemática, el trabajo realizado se orienta según la metodología y políticas de Campbell, según su versión 1.7 de diciembre de 2020.

Cabe destacar que para lograr un correcto trabajo de revisión sistemática cualitativa se cumple con el primer paso de realizar una pregunta investigativa orientado en la estrategia PICO (población, intervención, control y desenlace). Luego, se mantiene una estrategia de búsqueda clara y reproducible, con descriptores (MeSH y DECs) ingresados a distintas bases de datos (PubMed, Scielo y ScienceDirect) para búsqueda en inglés y en español, donde se seleccionan los estudios para luego proceder con la extracción de datos para la realización de esta revisión sistemática.

2.3 Criterios de elegibilidad.

Los criterios de elegibilidad utilizados en esta revisión sistemática se basan en:

2.3.1 Criterios de inclusión.

En esta revisión se incluyeron artículos con los siguientes criterios: **(1) Tipo de documento:** estudios de investigación primarias **(2) Años de publicación:** entre los años 2017 - 2022, **(3) Contenido:** acciones no farmacológicas para el manejo del dolor de parto aplicadas en el periodo prenatal, primera y segunda etapa del trabajo de parto y parto, **(4) Población de los artículos:** primíparas y/o nulíparas, con embarazos únicos, fisiológicos y con trabajo de parto y parto a término o posttérmino (37 - 42 semanas de gestación) de inicio espontáneo y en presentación cefálica, **(5) Idioma:** artículos disponibles en inglés y/o español.

2.3.2 Criterios de exclusión.

En esta revisión se excluyeron artículos con los siguientes criterios: **(1)** Artículos donde se menciona que a la población de estudio se le administró analgesia farmacológica previo a la utilización de acciones no farmacológica para el manejo del dolor del parto, **(2)** Artículos duplicados, **(3)** Artículos que a pesar de ser investigaciones primarias, no incluyeron los resultados de la investigación en el documento por fallas en la edición.

2.4 Estrategia de búsqueda.

Para la realización de este estudio, en primer lugar, se realizó una búsqueda avanzada exhaustiva en las bases de datos electrónicas: PubMed, ScienceDirect y Scielo desde marzo del 2022 hasta finales de septiembre del mismo año. En las bases de dato PubMed y ScienceDirect, se utilizaron los siguientes descriptores en inglés (**MESH**): ((((((obstetric labor) AND (parturition)) AND (pain perception)) OR (labor pain)) NOT (pregnancy high risk)) NOT (induced labor) y, en la base de datos Scielo se utilizaron los mismos descriptores pero traducidos a español (**DECs**): (trabajo de parto) AND (parto) AND (percepción del dolor) OR (dolor de parto) NOT (trabajo de parto inducido) AND NOT (embarazo de alto riesgo).

En segundo lugar, se aplicaron los filtros disponibles en cada base de datos que cumplieran con los criterios de inclusión correspondientes a: años de publicación (2017-2022), idioma (inglés y español) y tipo de documento (artículos primarios).

En tercer y último lugar, se aplicaron los criterios de elegibilidad restantes por cada artículo, quedando un total de 33 artículos para su revisión completa.

2.5 Lista de datos.

La lista de datos con los temas (objetivos), subtemas y variables que contiene esta revisión sistemática se presentan en la siguiente tabla:

Tema	Subtema	Variables
Objetivo 1: <i>Conocer las acciones profesionales no farmacológicas que existen para manejar el dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo en mujeres primíparas y/o nulíparas de bajo riesgo según evidencia científica seleccionada.</i>	Tipo de acción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masoterapia 2. Acupresión 3. Hidroterapia 4. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea 5. Balón kinésico 6. Aromaterapia 7. Realidad virtual 8. Hipnoparto 9. Yoga prenatal 10. Toque terapéutico 11. Inyección intradérmica no farmacológica de

		<p>agua estéril</p> <p>12. Ayuda ergonómica</p> <p>13. Musicoterapia</p> <p>14. Aplicación de calor focalizado</p> <p>15. Educación prenatal</p> <p>16. Ejercicios de respiración</p> <p>17. Ejercicio pilates</p>
<p>Objetivo 2: <i>Describir cada acción profesional no farmacológica usada para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo realizada en los estudios seleccionados.</i></p>	<p>Descripción de la acción</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Momentos de aplicación 2. Forma de aplicación 3. Cantidad de veces de aplicación
<p>Objetivo 3: <i>Determinar la variación de la percepción del dolor en base a los resultados de los artículos seleccionados luego de aplicar las acciones profesionales no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de</i></p>	<p>Percepción del dolor</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Según Escala Visual Análoga (EVA) 2. Según Escala numérica del dolor (NRS) 3. Según Escala de categoría verbal (VCS) 4. Escala del dolor McGill.

<i>parto y parto espontáneo según las fases del parto.</i>	Fase del parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fase latente 2. Fase activa 3. Expulsivo
Objetivo 4: <i>Mencionar las reacciones adversas materno-fetales manifestadas mientras se practican las acciones profesionales no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo según los artículos seleccionados.</i>	Reacciones adversas materno/fetales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Náuseas 2. Vómitos 3. Picazón 4. Dolor 5. Sin reacciones adversas materno/fetales
Objetivo 5: <i>Señalar los 3 resultados secundarios más mencionados que se asocian al uso de acciones profesionales no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo dentro de los artículos seleccionados.</i>	Resultados Secundarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad 2. Duración trabajo de parto 3. Satisfacción materna

Tabla 2. Lista de datos. Elaboración propia.

2.6 Extracción de datos.

Antes de la extracción de los datos, posterior a la selección de artículos, se definieron 5 dimensiones de análisis:

- Tipo de acción
- Descripción de la acción
- Percepción del dolor
- Reacciones adversas materno/fetales
- Resultados secundarios

Una vez definidas las dimensiones, se construyeron los objetivos específicos de esta revisión sistemática.

En cuanto a la extracción de los datos de los artículos seleccionados para esta revisión, se construyeron fichas de análisis por cada artículo extraído de las bases de datos PubMed y ScienceDirect [Anexo 1 - 33]. En las fichas se recopiló la información de cada artículo según las dimensiones previamente mencionadas. Además, se detalló en cada ficha de análisis: título del artículo, idioma, año de publicación, país donde se realizó el estudio, tipo de estudio, población muestral, revista de publicación y conclusión.

2.7 Procesamiento y análisis de datos.

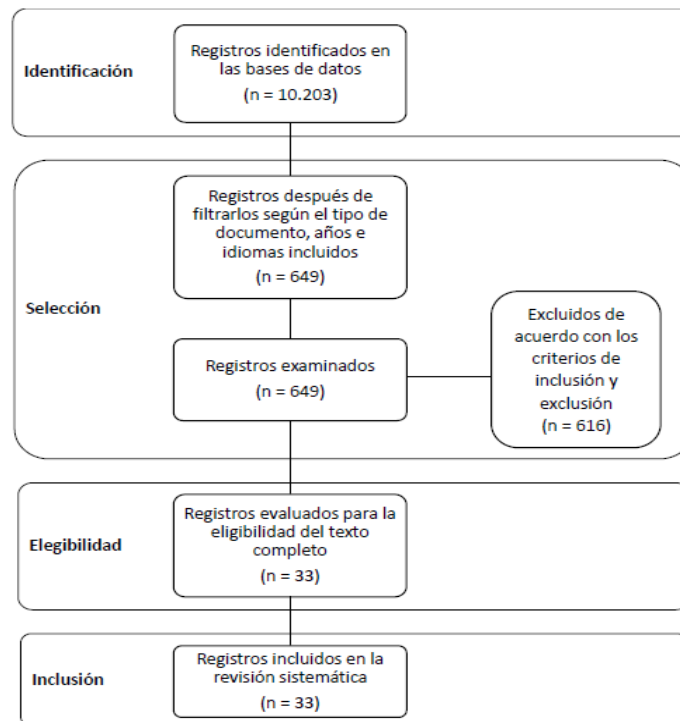
Para el procesamiento y análisis de los datos, las fichas de análisis se dividieron en grupos de acuerdo con la primera dimensión de estudio "Tipo de acción", esto con el propósito de describir las dimensiones "Descripción de la intervención" y "Percepción del dolor" por cada grupo de intervención de acuerdo con los resultados del análisis individual.

En cuanto a las dimensiones de "Reacciones adversas materno/fetales" y "Resultados secundarios", estas fueron analizadas de forma general como intervención no farmacológica según los artículos que mencionan aquella información.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS.

3.1 Selección de estudios.

En un inicio, se encontraron en esta investigación 10.203 documentos de las bases de datos PubMed (n = 6.732), Scielo (n = 27), ScienceDirect (n = 3.444). Posteriormente, en cada base de datos se aplicaron los filtros correspondientes a los tipos de estudios (artículos primarios), años (2017 - 2022) e idiomas (inglés y español) incluidos en esta revisión, quedando un total de 649 artículos, en los cuales se examinaron los títulos y los resúmenes de cada uno según los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, resultando 616 artículos excluidos. Finalmente, se incluyeron en esta revisión sistemática descriptiva 33 artículos primarios para su análisis completo.



Flujograma 1. Selección de estudios. Elaboración propia.

3.2 Características de los estudios.

Se analizaron 33 estudios primarios en la presente investigación, con respecto a sus características se puede mencionar que 16 artículos corresponden a “Ensayo clínico controlado aleatorio”, 5 artículos son “Ensayo clínico controlado aleatorio, simple ciego”, 2 artículos corresponden a “Estudio experimental controlado aleatorio”, mientras el resto de artículos fueron clasificados por sus autores en los siguientes tipos de estudio: “Ensayo clínico controlado aleatorio, no ciego”, “Ensayo clínico con asignación oculta, ciego”, “Ensayo clínico controlado aleatorio, doble ciego”, “Estudio experimental controlado cuasi aleatorio”, “Ensayo clínico controlado aleatorio de tres brazos”, “Estudio experimental aleatorio, simple ciego de caso y control”, “Estudio prospectivo, aleatorizado, controlado, contralanceado, cruzado”, “Estudio controlado aleatorio sin ciego”, “Ensayo clínico controlado aleatorio con triple ciego” y “Estudio cualitativo descriptivo”. Los estudios primarios fueron desarrollados en distintos países, de estos la mayoría de las investigación se realizaron en Turquía con 14 artículos, 9 artículos son de Irán, 3 estudios se realizaron en Brasil, 2 fueron realizados en China y el resto se desarrollaron cada uno en países como Tailandia, Italia, España, Estados Unidos y Taiwán. Otra característica relevante de los estudios son las revistas en las cuales fueron publicados, estas fueron: Revista Gaúcha de Enfermagem, Archives of Gynecology and Obstetrics, The Journal of Nursing Research, Journal of Integrative Medicine, Journal of Physiotherapy, International Journal of Nursing Practice, BMC Pregnancy and Childbirth, Explorer New York, Journal Pakistan Medical Association, BMC Women’s Health, Balkan Medical Journal, Anesthesia and Analgesia, Complementary Therapies in Clinical Practice, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, European Journal of Integrative Medicine, Explore, Midwifery, Journal of Bodywork and Movement Therapies, Journal of Clinical Nursing y Japan Journal of Nursing Science.

3.3 Riesgo de sesgo.

En el presente estudio no se evaluó el riesgo de sesgo.

3.4 Resultado de estudios.

La cantidad de artículos primarios que fueron seleccionados según los criterios de elegibilidad para la revisión exhaustiva fueron 33. Los resultados se presentan por cada objetivo específico y su respectiva dimensión.

En la primera dimensión se identifican los tipos de métodos no farmacológicos estudiados y la cantidad de veces que fueron mencionados. En la segunda dimensión, se describen las acciones que se realizaron cuando se aplicó cada uno de los métodos no farmacológicos. En la tercera dimensión, se determina si la percepción del dolor aumentó o disminuyó luego de aplicar la acción no farmacológica según las fases del parto. En la cuarta dimensión, se describen las reacciones adversas más frecuentes presentadas por las gestantes al momento de realizar la intervención y en la quinta dimensión se presentan los 3 resultados secundarios más mencionados que se asocian al uso de las acciones no farmacológicas del dolor dentro de los artículos seleccionados.

3.4.1 Tipo de acción.

Se identificaron un total de 17 acciones no farmacológicas dentro de los 33 artículos seleccionados.

Las acciones no farmacológicas identificadas más mencionadas son: masoterapia (7 menciones), acupresión (6 menciones), estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (5 menciones), hidroterapia (4 menciones), balón kinésico (4 menciones), aromaterapia (3 menciones), realidad virtual (2 menciones) y musicoterapia (2 menciones).

El resto de las acciones no farmacológicas identificadas que solo tienen 1 mención son hipn parto, ayuda ergonómica, ejercicios de respiración, ejercicio de pilates, aplicación de calor focalizado, inyección intradérmica no farmacológica de agua estéril, toque terapéutico, yoga y educación prenatales.

3.4.2 Descripción de la intervención.

a) Masoterapia

Se revisaron 7 artículos que hacían referencia al uso de masoterapia para el manejo del dolor en trabajo de parto y parto.

En el primer artículo se describe la intervención como la administración de un masaje en la región sacra bajo la supervisión de un médico durante 30 minutos, usando técnicas de roce (caricias por 15 minutos) y vibración (por 15 minutos) en las fases latente y activa del trabajo de parto, con pacientes colocadas en posición lateral izquierda.

En el segundo artículo se describe la intervención como una sesión de masaje en todo el cuerpo por 30 minutos en la primera etapa de trabajo de parto. Se masajearon la cabeza, cuello, hombros, espalda, brazos, manos, piernas y pies de la misma manera y duración durante cada sesión. Además, en este artículo se menciona la utilización de masoterapia + acupresión administrados simultáneamente a los participantes durante la primera etapa del trabajo de parto, comenzando la sesión de masajes tan pronto como se colocó la banda de acupresión.

En el tercer artículo se describe la intervención como masaje durante 40 minutos en la fase activa del trabajo de parto, utilizando movimientos rítmicos de manos de amasado ascendentes y en regreso con deslizamiento a través de la región lateral del tronco en asociación con la presión sacra. La técnica se aplicó entre T10 y S4. El participante determinaba la intensidad del masaje solicitando mayor o menor fuerza durante la ejecución de los movimientos. El participante también eligió su posición preferida para recibir el masaje (sentado, decúbito lateral o de pie con el tronco inclinado hacia adelante).

En cuanto al cuarto artículo, se describe la intervención como masaje que se aplicó usando técnicas de roce y fricción a las partes laterales derecha e izquierda de 4-5 cm de la línea media en la región de las vértebras sacras (S1-S4) de las participantes, mientras estaban sentadas o acostadas sobre el lado izquierdo (durante la dilatación cervical de 4-5, 6-7 y 8-

9 cm) durante 10 minutos de forma continua, para evitar irritación en la zona.

En el quinto artículo se describe la intervención como masaje effleurage en los niveles T10-S4 a 5 cm distales de áreas para espinales, con movimientos ascendentes entrecruzados + movimientos circulares en sentido del reloj con palma o pulgar + presión ligera con movimientos rápidos con nudillos durante 30-45 minutos. Luego a nivel T10-S4 por el mismo tiempo se aplicó masaje petrissage con técnicas de amasado y enrollado horizontal o vertical. Se aplicaron a ritmo lento y con presión baja con gestante sentada, acostada de lado o en la posición que ella prefería. Se utilizó aceite de oliva como lubricante para masajear a cada participante.

En el sexto artículo de masoterapia, se describe la intervención como la aplicación de masaje de Kimber entre T10 y S4 3 veces a los 5, 7 y 9 cm de dilatación durante la fase activa del trabajo de parto, durante 20 minutos cada vez. El masaje se realizó en la posición deseada por la madre en una sala privada de parto por el mismo investigador.

Por último, en el séptimo artículo se describe la intervención como compresión sacra y masajes circulares en la región inferior de la cintura por 10 - 15 min con aceite de lavanda. Se utilizaron 2 gotas de aceite de lavanda, disueltas en 50 cc de aceite de almendras, se aplicó el masaje en posición lateral. El extracto de lavanda utilizado en el estudio se elaboró con Lavándula angustifolia Miller y sus componentes principales linalol 73,3% y acetato de linalilo 41,6% fueron suministrados por KRK Food.

b) Acupresión

Se revisaron 6 artículos que estudiaban el uso de acupresión como acción no farmacológica para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto.

En el primer artículo se describe la intervención como una sesión de acupresión de 30 minutos con bandas de acupresión en los puntos de Sanyinjiao SP6 (4 cm sobre el maléolo interno) en la primera etapa del trabajo de parto. Se usó dispositivo de acupuntura que emite luz verde cuando se toca el sitio correcto con un botón de plástico que se usa para

aplicar la presión, usando una banda para cada participante. Además, en este artículo se describe el uso de acupresión y masoterapia administrados simultáneamente a los participantes durante la primera etapa del trabajo de parto, comenzando la sesión de masajes tan pronto como se colocó la banda de acupresión.

En el segundo artículo se describe la intervención como la aplicación de acupresión en el punto SP6 (3 o 4 dedos por encima de los huesos del maléolo medial en ambas piernas) desde el inicio al término de cada contracción uterina durante la fase activa del trabajo de parto, con las participantes sentadas o acostadas sobre el lado izquierdo. Se aplicó aproximadamente 90 veces.

En el tercer artículo se describe una intervención como acupresión corporal, donde las participantes recibieron acupresión en los puntos GB21 (Jian Jing), GB30 (Huan Tiao), BL32 (Ciliao), LI4 (Hegu) y SP6 (San Yin Jiao). Cada uno de estos puntos se comprimió bilateralmente con el pulgar durante dos minutos en tres puntos de tiempo, es decir, en la dilatación cervical de cuatro, seis y ocho centímetros. La cantidad de presión sobre cada punto fue tal que un tercio del lecho de la uña del pulgar quedó blanqueado. Por otro lado, se describe el uso de acupresión del oído donde las semillas de Vaccaria específicas de la auriculoterapia adhesiva se unieron unilateralmente a la aurícula izquierda en los puntos de acupuntura cero, genitales, Shen Men, talámico, prostaglandina, oxitocina y útero 1 y 2. Cada treinta minutos, las semillas se comprimieron con los dedos durante treinta segundos en una secuencia específica (prostaglandina, oxitocina, talámico, punto cero, genitales externos, Shen Men, útero 1 y 2) para todos los sujetos.

En el cuarto artículo, se describe la intervención como la aplicación de una presión de rotación profunda en los puntos BL32 (zona sacra) hasta que el color del lecho ungueal cambió para evitar molestias en los participantes. Las intervenciones se aplicaron durante las contracciones: 6 veces al inicio de la fase activa, 6 veces durante la fase activa y 6 veces al final de la fase activa. Las aplicaciones se detuvieron al final de cada contracción y se reanudaron una vez que comenzó otra contracción.

En el quinto artículo se describe la intervención como el uso de pequeñas bolsas de semillas de cereza las cuales se podían calentar o enfriar, medían 3x2x1 cm y se colocaban en la mano no dominante para proporcionar presión, con el uso de una cinta modificada. Los que eran para acupresión fría estaban a 15°C y los de acupresión caliente a 38°C. Ambos se aplicaron por un periodo de 10 minutos con un descanso posterior de 1 hora. Además, para el grupo de acupresión convencional de este estudio no se aplicó calor ni frío y se realizó durante 30 minutos.

Finalmente, en el sexto artículo se describe la intervención como la aplicación de presión durante 1 minuto, con un intervalo de 1 minuto como tiempo de descanso, en los puntos de acupresión que fueron vejiga 32 (meridiano de la vejiga en segundo agujero sacro, medial e inferior a la espina iliaca posterosuperior), bazo 6 (meridiano del bazo, 5 cm sobre tobillo en la tibia) y vejiga 60 (meridiano de la vejiga, entre prominencia del maléolo lateral y el tendón de Aquiles). La acción se inició a las 39-40 semanas de edad gestacional y dependiendo del inicio de los síntomas del parto, el número de sesiones de acupresión varió de 1-5 para cada una de las madres. El tiempo de intervención fue de 30 min.

c) Hidroterapia

Se revisaron 4 artículos que hacían referencia al uso de hidroterapia para el manejo del dolor en gestantes durante el trabajo de parto.

En el primer artículo la intervención se describe como una ducha de pie durante las contracciones uterinas por 20 minutos aproximadamente. Las mujeres eligieron un rango de temperatura del agua entre 32 °C y 37 °C. La temperatura del agua se controló con un termómetro. Se realizó la intervención 6 veces al inicio de la fase activa, 6 veces durante la fase activa y 6 veces al final de la fase activa. Las aplicaciones se detuvieron al final de cada contracción y se reanudaron una vez que comenzó otra contracción.

En el segundo artículo la intervención se describe como una ducha tibia mediante chorros de agua tibia a 37°C hacia la región lumbosacra. Luego se aconsejó a las usuarias que

adoptaran posiciones de pie o sentadas para un baño de 30 minutos y se les permitió tener un acompañante presente.

En el tercer artículo la intervención se describe como una ducha tibia durante 40 minutos, con el agua a 37 °C durante 40 minutos donde si aumentaba el nivel de dilatación en menos de este tiempo avanzaba a una siguiente intervención.

En el cuarto artículo se describe la intervención como una ducha de agua caliente a 37°C por 30 minutos, medida cada 15 minutos con un termómetro digital. El chorro de agua se dirigió a la región sacra de la gestante de pie o sentada, según su preferencia 1 vez en la fase activa del trabajo de parto.

d) Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)

Se revisaron 5 artículos donde se utiliza la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea como intervención no farmacológica para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto.

En el primer artículo la intervención se describe como terapia TENS durante la fase activa del trabajo de parto donde se instalaron dos pares de electrodos en ambos brazos (uno en el punto medio entre el primer y segundo hueso del carpo del lado dorsal y el otro 4 cm encima de la línea transversal media en la muñeca) y otros dos electrodos sobre las regiones paravertebrales a nivel de T10-L1 y S2-S4. También se colocaron dos transductores en el abdomen para monitorear la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas. Se usó TENS de alimentación biológica SRL 998 que produce corriente de 15 mA y tensión a circuito abierto de 300 V. Las frecuencia e intensidad se ajustaron según la tolerancia máxima de la mujer, además pudieron elegir la posición más cómoda para cada una y elegir a una persona para acompañarla.

En el segundo artículo la intervención se describe como TENS en forma constante durante 30 minutos durante la fase activa del parto. En este caso el investigador programó la unidad de TENS y se fijaron dos pares de electrodos de 5x9 cm en las regiones paravertebrales T10-

L1 y S2-S4. Se usó TENS Cefar Rehab 2 pro y la intensidad del dispositivo se tituló individualmente según la sensibilidad de cada participante. El grupo **TENS activo 1** tuvo pulso asimétrico bifásico modificado, y se ajustó a una anchura de pulso de 100 μ s y una frecuencia de 100 H y en el grupo **TENS activo 2**, se emitía una forma de onda cuadrada bifásica, balanceada y asimétrica, con una frecuencia de estimulación mixta que variaba aleatoriamente entre 90 y 100 Hz, y tenía una duración de pulso de 350 μ s.

En el tercer artículo se describe la intervención como el uso de TENS durante 30-45 minutos, con frecuencia base de 4000 Hz y frecuencia de pulso de 80-120 Hz y duración de pulso de 50-60 μ s. Fue aplicada por un fisioterapeuta en T10-L1 a 5 cm distal de áreas para espinales. Luego recibieron la misma intervención a nivel S2-S4.

En el cuarto artículo, la intervención se describe como el uso de dos electrodos de TENS en la zona entre la décima vértebra torácica y la primera vértebra lumbar a 5 cm de la línea vertebral media. Se colocaron los dos electrodos simétricamente entre la segunda y la cuarta vértebra lumbosacra a 5 cm de la columna vertebral. Luego se encendió el dispositivo TENS. El voltaje de la corriente eléctrica se incrementó hasta que la madre expresó que sentía un pequeño cosquilleo en la zona de los electrodos y el voltaje se fijó en ese nivel.

En el quinto artículo se describe la intervención como el uso de dos pares de electrodos estériles a nivel de T10 - L1 y S2 - S4, donde en el grupo TENS 1 se programó a un ancho de pulso de 100 μ s y una frecuencia de 100 Hz, y en el grupo TENS 2 se programó a un ancho de 380 μ s y una frecuencia de 80 a 100 Hz durante la fase activa del trabajo de parto durante 30 minutos.

e) Balón kinésico

El uso de balón kinésico como método no farmacológico para disminución de dolor durante el trabajo de parto se menciona en 4 artículos.

En el primer artículo, se describe que en la intervención una doula orientó a las mujeres a utilizar una pelota de parto con posiciones libres según una hoja de ruta del trabajo de

parto. Se instruyó a las participantes para que mantuvieran una posición libre de acuerdo con la hoja de ruta del trabajo de parto, se sentaran y mecieran las caderas hacia arriba y hacia abajo o en círculos, y que pusieran la pelota en la cama de parto y luego se pararan e inclinaran sobre ella. También se les indicó que se arrodillaran sobre la colchoneta y se acostaran sobre la pelota y luego se acostaran de lado con la pelota de maní. Suministraron bolas de nacimiento, bolas de maní y bolas de donas para que las mujeres eligieran diferentes posiciones para aliviar el dolor.

En el segundo artículo, se describe que las gestantes fueron instruidas para sentarse sobre el balón de 60 cms de diámetro con las piernas flexionadas en 90°, rodillas separadas y pies apoyados en el piso firme y antideslizante, manteniendo movimientos de propulsión y rotación pélvica por 30 minutos, y también permitiendo tener un acompañante presente.

En el tercer artículo, se describe la intervención durante la fase latente del trabajo de parto, donde se les indicó a las gestantes que realizaran ejercicios de movimiento pélvico mientras estaban sentadas en una pelota de ejercicio suiza. Los ejercicios se realizaron durante las contracciones uterinas por un período de 40 minutos. Los ejercicios con la pelota suiza incluyen movimiento de la cintura pélvica, con anteversión y retroversión activas, inclinación lateral, circunducción y propulsión de la pelvis. La intervención se aplicó durante 40 minutos donde si aumentaba el nivel de dilatación en menos de este tiempo avanzaba a una siguiente intervención.

En el cuarto artículo se describe la realización de ejercicios perineales con una pelota de 60 cm de diámetro sobre una superficie firme y antideslizante durante 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto. La embarazada se sentó en el balón con las piernas flexionadas formando un ángulo de 90°, con las rodillas separadas y la zona plantar de los pies apoyados en el suelo, realizando movimientos de propulsión y movimientos de rotación pélvica.

f) Aromaterapia

Se revisaron 3 artículos sobre el uso de aromaterapia para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.

En el primer artículo la intervención se describe como un aceite aromático que se difundió continuamente mediante difusores utilizando una concentración estándar de 4 gotas de aceite aromático por 300 ml de agua difundida, fue aplicada durante toda la primera etapa del trabajo de parto. A las gestantes se les ofrecieron 4 opciones de aromas entre lavanda, rosa de geranio, cítricos y jazmín.

En el segundo artículo se describe la intervención como la aplicación de 2 gotas en las palmas de las manos usando un gotero, donde se usó aceite de lavanda diluido en agua destilada en una proporción de 1:10. Se les pidió que frotaran y olieran el aroma por 3 minutos con una distancia de 2.5 a 5 cm de la cara. Finalmente, se les pidió a las gestantes que se lavaran las manos y se ventiló la habitación. El extracto de lavanda utilizado en el estudio se elaboró con *Lavándula angustifolia* Miller y sus componentes principales linalol 73,3% y acetato de linalilo 41,6% fueron suministrados por KRK Food.

Finalmente, en el tercer artículo la intervención se describe como una gasa de algodón de 10 cm x 10 cm que se colocó en el cuello de cada paciente y se dosificó con 2 gotas (0,8 ml) de esencia de *R. damascena* de un mismo lote.

g) Realidad virtual

El uso de realidad virtual como acción no farmacológica para manejo del dolor de parto se menciona en 2 artículos.

En el primer artículo se describe la intervención como el uso de imágenes bidimensionales de la cara del bebé a las 28 semanas de cada gestante, que se convirtieron en imágenes tridimensionales a través de una aplicación instalada en el teléfono de la madre y se le mostraba con unas gafas de realidad virtual 3D VR Box una tras otra.

Por otro lado, en el segundo artículo la intervención se describe como el desarrollo de un sistema de realidad virtual inmersivo e interactivo usando una pantalla, un control manual y auriculares reductores de ruido durante 10 minutos (o 3 contracciones) donde las gestantes experimentaron la misma escena de manatíes curiosos de la simulación de buceo Ocean Rift con sonidos de llamadas de manatíes y respiración bajo el agua. Se suministró música relajante adicional del sueño nocturno por Brain.fm.

h) Hipnoparto

El Hipnoparto se describe solo en uno de los artículos del estudio. Esta intervención consistió en generar un programa de capacitación prenatal dividida en dos fases. En la primera fase se realizaron clases de 3 horas 1 vez por semana durante 4 semanas con temática de pensamientos positivos durante el embarazo y parto, fisiología del parto, lactancia materna, entre otros. Además en esta fase se practicaron ejercicios de hipnoparto uno a uno y al terminar esta fase se distinguieron las participantes con un brazalete morado. Posteriormente, la segunda fase durante el trabajo de parto consistió en la atención y apoyo durante el trabajo de parto y parto, las parturientas en compañía de la investigadora recibieron apoyo para realizar ejercicios de respiración, relajación, imaginación y profundización enseñados previamente.

i) Yoga prenatal

El yoga prenatal como acción no farmacológica para el alivio del dolor de parto se describe en solo uno de los artículos. En este se menciona que durante los controles prenatales se enseñaron 5 componentes de la práctica de yoga que incluyen asanas de yoga, canto om, conciencia de la respiración, yoga Nidra y Dhyana. Las clases de yoga fueron supervisadas y proporcionadas por un experto en yoga, se les entregó un folleto y un DVD que contenían los principios, beneficios y ejemplo correcto de cada postura de yoga con la técnica adecuada. Se les pidió que realizaran estos ejercicios de yoga diariamente o 3 veces por semana por 60 minutos, comenzando en el día 26 hasta el final de la semana 37 de

gestación.

j) Toque terapéutico

El toque terapéutico (TT) como acción no farmacológica para el alivio del dolor de parto se menciona en un artículo. En este artículo se describe que la intervención se basa en que el toque es una necesidad humana básica, por tanto, busca mediante él equilibrar, reservar la energía para mejorar el desbalance en la energía vital mediante la relajación física, emocional y espiritual que este proporciona.

La intervención en sí consta de la aplicación de un primer TT durante la fase activa del trabajo de parto y un segundo TT en la segunda etapa del trabajo de parto. Cada uno con una duración de 15 minutos y se realizaron en la mano de las gestantes, con las manos del investigador a temperatura ambiente, realizando movimientos rítmicos, sin presionar.

k) Inyección intradérmica no farmacológica de agua estéril

El uso de inyección intradérmica para el manejo del dolor durante el trabajo de parto se menciona solamente en un artículo, donde los investigadores la describen como un método no farmacológico. En este artículo se describe que se aplicaron inyecciones en el lado izquierdo y derecho del cuerpo simultáneamente y en el punto álgido de las contracciones mediante el uso de aguja de insulina por dos matronas.

El lugar de aplicación de las primeras inyecciones fue en las espinas ilíacas posterosuperiores de ambos lados, y desde este punto luego se aplicaron las segundas inyecciones a 1 cm hacia medial y luego a 1-2 cm inferior a las primeras inyecciones en ambos lados. Estas inyecciones contenían agua estéril.

l) Ayuda ergonómica

Solo en un artículo se menciona el uso de ayuda ergonómica para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto. En este artículo se describe la utilización de la ayuda ergonómica, que es un dispositivo de soporte de madera contrachapada de >1 cm de

espesor con una base que mide 60 x 60 cm y dos pares de plataformas de soporte para sentadillas con un ángulo de 22,5° para arco normal y 33° para soporte de arco plano, además la superficie de los estribos estaba equipada con almohadillas antideslizantes con un espejo entre las placas emparejadas para ver el descenso de la cabeza fetal.

Después de la dilatación cervical completa y cuando la cabeza del feto había descendido al menos hasta el +1 y se había girado a la posición occipital anterior, se pidió al grupo experimental que empujara en la posición de cuclillas mientras utilizaba el soporte de tobillo diseñado ergonómicamente hasta la presentación de una sección de la cabeza fetal de 2-3 cm donde ahí las usuarias fueron trasladadas a la sala de partos para terminar el proceso en posición semi acostada.

m) Musicoterapia

Se analizaron 2 artículos sobre la musicoterapia para el alivio del dolor durante el trabajo de parto en nulíparas. En uno de ellos, se describe que se les ofreció escuchar música de su gusto, iniciando en la fase activa del trabajo de parto hasta el nacimiento, en cambio, en el segundo artículo se describe que las gestantes fueron expuestas a 30 minutos de música instrumental de Ney tocada en el ritmo modal de Segah durante 30 minutos, por tres veces, con un intervalo de 30 minutos. Este es un tipo de música turca que se ha utilizado en el tratamiento de enfermedades desde tiempos remotos. Para este fin se utilizó un pequeño reproductor de discos compactos (CD) portátil.

n) Aplicación de calor focalizado

La aplicación de calor focalizado es mencionada en 1 artículo de estudio. En este estudio se describe la intervención como la aplicación de calor local, de manera continua durante 20 minutos, 3 veces en total durante dilataciones cervicales de 4-5 cm, 6-7 cm y 8-9 cm.

Para aplicar el calor, se usó termoformado que es un método de aplicación de calor seco en la región de las vértebras sacras (S1-S4), mientras las gestantes estaban sentadas o acostadas sobre su lado izquierdo. El termoformado primero se envolvió con una toalla

para proteger el efecto directo de su superficie caliente y posee agua a temperatura media de 50°C. La temperatura del termoformado se midió con un termómetro líquido donde la temperatura superficial alcanzó alrededor de 40°C.

o) Educación prenatal

La educación prenatal se menciona en 1 artículo del estudio y se describe como clases de entre 40 a 60 minutos sobre preparación prenatal. Las mujeres embarazadas aprendieron sobre su embarazo, preparación para el parto y el parto en sí, además de cambios durante el embarazo y los problemas más comunes que pueden ocurrir durante este. Las embarazadas destacaron la importancia de conocer los signos de alerta que requieren de atención de un profesional de la salud, además de aprender que sí pueden moverse durante el trabajo de parto y no acostarse durante este. De igual manera, aprendieron sobre el control del dolor (incluido el alivio del dolor no médico) y sobre técnicas de lactancia materna y las ventajas que esta tiene para la madre y el bebé.

p) Ejercicios de respiración

El único artículo que menciona los ejercicios de respiración como acción no farmacológica para disminuir el dolor de parto, describe la intervención como la enseñanza de estos ejercicios durante la primera fase del trabajo de parto. Las instrucciones de los ejercicios de respiración incluyeron que llenaran el estómago y luego los pulmones con aire mientras inspiraban y que sintieran la expansión en el estómago; Debían asegurarse de que los músculos desde el estómago hasta la rodilla estuvieran relajados; Cuando sintieran dolor, debían realizar ejercicios de respiración abdominal profunda, e inhalar profundamente, junto con intentar empujar al bebé hacia abajo reteniendo la respiración o espirando muy lentamente por la boca; lo más importante en esa etapa era no llenar el estómago de aire y empujar hacia abajo para dar a luz al bebé, sino que debían continuar empujando hasta que se alivie el dolor.

Además, se señaló que al sentir dolor las participantes debían realizar los ejercicios de

respiración abdominal e inhalación profunda, intentando empujar al bebe hacia abajo hasta que se aliviara el dolor y luego descansar. Luego del entrenamiento, las participantes debieron efectuar los ejercicios de respiración durante la fase activa del trabajo de parto, observando y controlando la capacidad respiratoria de las participantes.

q) Ejercicios de pilates

Esta acción no farmacológica es mencionada en solo uno de los artículos revisados. Este artículo describe que los ejercicios de pilates se realizaron desde las semanas 26 y 28 de gestación durante 8 semanas junto al instructor, siempre de acuerdo con las condiciones maternas. Las gestantes eligieron un número del 6 al 20 en función de la intensidad del esfuerzo para realizar los ejercicios. Los ejercicios comenzaron con intensidad ligera y después de dos semanas de ajuste, la intensidad aumentó y si se estimaba que el ejercicio era intenso para la participante, no realizaba ese ejercicio y lo reemplazaba por uno más ligero. Durante las sesiones también se utilizaron ejercicios con pelotas y bandas de tela. Los ejercicios específicos del suelo pélvico, incluida la contracción de los músculos del suelo pélvico, se realizaron de forma intermitente con 5 a 10 repeticiones. Cada sesión incluía una fase de calentamiento (5 min), ejercicios de pilates específicos para el embarazo (25 min) y la fase de vuelta al estado de relajación (5 min) en la que se realizaban técnicas de relajación. Después del ejercicio, las madres se acostaron sobre su lado izquierdo durante 30 min y descansaron. Las primeras 10 a 12 sesiones de entrenamiento se realizaron en presencia de un entrenador deportivo con grupos de 9 a 10 personas en el gimnasio y las últimas 4 a 6 sesiones de entrenamiento se realizaron en casa bajo la supervisión de un instructor.

3.4.3 Percepción del dolor.

a) Masoterapia

Se analizaron los 7 artículos sobre aplicación de masoterapia durante el trabajo de parto, en los cuales se visualizó que en 6 de 7 estudios utilizaron la EVA para evaluar el dolor durante las distintas etapas del trabajo de parto. El artículo restante utilizó la NRS.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, se puede observar que se aplicó masoterapia durante la **fase latente** en 4 de los 7 artículos, de los cuales solo 2 definen una **disminución** momentánea en la percepción del dolor después de aplicar la intervención, 1 artículo define que **augmentó** la percepción del dolor luego de aplicar la intervención y en 1 artículo restante no hay datos basales para comparar la percepción del dolor al aplicar la intervención. Por otro lado, en los 7 artículos se usó masoterapia durante la **fase activa** donde se detalla que en 4 de los artículos **augmentó** la percepción del dolor después de aplicar la intervención y en los 3 artículos restantes **disminuyó** la percepción del dolor después de aplicar la intervención.

Al comparar los resultados del grupo experimental con el grupo de control, se observó que en los 4 estudios donde se aplicó masoterapia en la **fase latente**, la percepción del dolor **fue menor** en comparación al grupo control. Por otro lado, en los 7 artículos que aplicaron masoterapia en la **fase activa**, la percepción del dolor **fue menor** en comparación al grupo control.

b) Acupresión

Dentro de los 6 artículos que mencionan el uso de acupresión durante el trabajo de parto, en 4 artículos se utilizó la EVA para evaluar el dolor, en 1 artículo se utilizó la NRS y en el artículo restante se utilizó la Escala de Calificación de Satisfacción del Parto de Mackey donde incluyeron la evaluación del dolor.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, se puede observar que en 4 artículos la percepción del dolor no se evaluó durante la **fase latente** o no se aplicó la intervención durante esta fase, en 1 artículo se define que **disminuyó** al aplicar la intervención, y en el artículo restante la percepción del dolor se **mantuvo** al aplicar la intervención. Mientras que en 5 artículos se evaluó el dolor durante la **fase activa** donde en 3 artículos se ve que **disminuyó** al aplicar la intervención, en 2 se ve que **umentó** al aplicar la intervención y en el artículo restante no se detalla.

Por otro lado, al comparar los resultados de los grupos intervenidos con los grupos de control, se observó que en 5 estudios la percepción del dolor **era menor** en el grupo que recibió la intervención en la **fase activa**, y en 1 estudios la percepción del dolor se **mantuvo** en el grupo que recibió la intervención en la misma fase. En cuanto a la **fase latente**, en 1 estudio la percepción del dolor comparado con el grupo control **fue menor** al aplicar la intervención, en 1 artículo no hubo diferencias, en 1 artículo **fue mayor** y en los 3 artículos restantes no se menciona comparación durante esta fase con los grupos de control.

c) Hidroterapia

En los 4 artículos sobre el uso de hidroterapia durante el trabajo de parto, se evaluó la EVA para evaluar el dolor durante las distintas etapas del trabajo de parto.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, se puede observar que en solo 1 de los 4 artículos la percepción del dolor se evaluó durante la **fase latente**, donde se define que **disminuyó** al aplicar la intervención, mientras que, en los 4 artículos se evaluó el dolor durante la **fase activa** donde en 2 se ve que **umentó** y en los 2 artículos restantes se ve que **disminuyó** al aplicar la intervención.

Por otro lado, al comparar los resultados de los grupos intervenidos con los grupos de control, se observó que en 2 estudios la percepción del dolor **era menor** en el grupo que recibió la intervención en la **fase activa**, y por el contrario en 2 estudios la percepción del dolor **era mayor** en el grupo que recibió la intervención en la **fase activa**. En cuanto al único

estudio que evaluó la **fase latente**, la percepción del dolor comparado con el grupo control **fue menor** al aplicar la intervención.

d) Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS).

Dentro de los 5 artículos revisados que mencionan el uso de TENS, en todos el dolor se mide mediante la EVA.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido en la **fase latente**, en 3 artículos no aplican la intervención durante esta fase, en 1 estudio no se aportan datos basales del dolor para comparar al aplicar la intervención durante esta fase y en 1 estudio se especifica que la percepción del dolor **disminuyó** al aplicar la intervención durante esta fase. En cuanto a la **fase activa**, en 1 artículos se determina que posterior al uso de la intervención la percepción del dolor **augmentó** en esta fase y en 4 artículos se determina que posterior al uso de la intervención la percepción del dolor **disminuyó** en esta fase. Además, en 1 artículo se incluye la evaluación durante la **segunda etapa del parto (expulsivo)**, pero no se aportan datos basales del dolor para comparar luego de aplicar la intervención durante esta etapa.

Por otro lado, al comparar los resultados de los grupos intervenidos con los grupos de control correspondientes, en 1 artículo se observó que la percepción del dolor era **menor** en el grupo que recibió la intervención durante la **fase latente** (en el resto de los artículos no se aplica la intervención durante esta fase), y en cuanto a la **fase activa**, en los 5 artículos se observó que la percepción del dolor era **menor** en el grupo que recibió la intervención durante esta fase. Finalmente, 1 artículo determina que la percepción del dolor en el grupo intervenido es **menor** comparado al grupo control durante la **segunda etapa del parto**.

e) Balón kinésico

Dentro de los 4 artículos revisados que mencionan el uso de balón kinésico, en todos el dolor se mide mediante la EVA.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, en 3 artículos no aplican la intervención durante la **fase latente** y en 1 estudio se especifica que la percepción del dolor **disminuyó** al aplicar la intervención durante esta fase. En cuanto a la **fase activa**, en 1 artículo no se aplica la intervención durante esta fase, en otro no existen datos basales para comparar el dolor durante esta fase al aplicar la intervención, pero en los 2 artículos restantes se determina que posterior al uso de la intervención la percepción del dolor **aumentó** en esta fase.

Por otro lado, al comparar los resultados de los grupos intervenidos con los grupos de control correspondientes, en 1 artículo se observó que la percepción del dolor **era menor** en el grupo que recibió la intervención durante la **fase latente** (en el resto de artículos no se aplica la intervención durante esta fase), y en cuanto a la **fase activa**, en 3 artículos se observó que la percepción del dolor **era menor** en el grupo que recibió la intervención (en el artículo restante no se aplica la intervención durante esta fase).

f) Aromaterapia

Se analizaron los 3 artículos sobre aplicación de aromaterapia durante el trabajo de parto, en los cuales se puede visualizar que en los 3 utilizaron la EVA para evaluar el dolor durante las distintas etapas del trabajo de parto.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, se puede observar que en 2 de los 3 artículos la percepción del dolor **aumentó** durante ambas fases del trabajo de parto, mientras que, sólo en 1 estudio se señala que la percepción del dolor **disminuyó** durante ambas fases.

Por otro lado, al comparar los resultados del grupo intervenido con el grupo de control, se observó que en los 3 estudios la percepción del dolor **era menor** en el grupo que recibió la aromaterapia tanto en la **fase latente** como en la **fase activa**.

g) Realidad virtual

Dentro de los 2 artículos revisados que mencionan el uso de realidad virtual, uno evalúa el dolor mediante la EVA y otro con la NRS.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, 1 artículo no especifica la fase del trabajo de parto donde se evaluó y en el estudio restante no existen datos basales del dolor para evaluar la **fase latente** pero en cuanto a la **fase activa**, determina que posterior al uso de la intervención la percepción del dolor **aumentó**.

Por otro lado, al comparar los resultados de los grupos intervenidos con los grupos de control correspondientes, en ambos estudios se observó que la percepción del dolor era **menor** en el grupo que recibió la intervención, ya sea en **fase latente** o **fase activa**.

h) Hipnoparto

El uso de hipnoparto se menciona solo en un artículo del estudio, en el cual se utilizó la evaluación del dolor mediante las puntuaciones de la EVA.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo experimental, se determinó que el dolor **se mantuvo** en el mismo nivel durante la **fase latente**, mientras que, **aumentó** en la **fase activa** luego de aplicar la intervención.

Además, se comparó la percepción del dolor del grupo experimental con el grupo control y se observó que los puntajes del dolor en las mujeres del grupo de intervención fueron **menores** que el grupo control, tanto en la **fase latente** como en la **fase activa**.

i) Yoga prenatal

Solo un artículo del estudio mencionó el yoga prenatal como acción no farmacológica para el manejo del dolor de parto. Aquel artículo midió el dolor por medio de la EVA.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, no se logró determinar si el dolor aumentó o disminuyó en la **fase latente** ya que no hay resultados basales de la EVA,

mientras que, se determinó que la percepción del dolor **aumentó** durante la **fase activa**.

Por otro lado, al comparar los resultados del grupo intervenido con el grupo de control, se observó que la percepción del dolor era **menor** en el grupo que recibió la intervención durante la **fase latente** y la **fase activa**.

j) Toque terapéutico

En la revisión sistemática, sólo se analizó 1 artículo que mencionaba el toque terapéutico, el cual utilizó la evaluación del dolor mediante la EVA.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, se observó que se evaluó la percepción del dolor en la **fase activa** y en la **segunda etapa del parto (expulsivo)**, determinando que posterior a la aplicación del toque terapéutico el dolor **disminuyó** momentáneamente en el grupo intervenido.

Por otro lado, al comparar los resultados del grupo intervenido con el grupo de control, se observó que la percepción del dolor era **menor** en el grupo que recibió la intervención durante la **fase activa** y la **segunda etapa del parto**.

k) Inyección intradérmica no farmacológica de agua estéril.

En la revisión sistemática, sólo se analizó 1 artículo que mencionaba el uso de inyección intradérmica no farmacológica de agua estéril, el cual evaluó el dolor mediante la EVA.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, se observó que se evaluó la percepción del dolor en la **fase latente y activa**, determinando que el dolor **disminuyó** en el grupo intervenido al aplicar la intervención en ambas fases.

Por otro lado, al comparar los resultados del grupo intervenido con el grupo de control, se observó que la percepción del dolor era **menor** en el grupo que recibió la intervención durante la **fase latente** y la **fase activa**.

l) Ayuda ergonómica.

En la revisión sistemática, sólo se analizó 1 artículo que mencionaba la ayuda ergonómica, el cual evaluó el dolor mediante la EVA.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, se observó que se evaluó la percepción del dolor solo en la **segunda etapa del parto (expulsivo)**, determinando que, al comparar los resultados con el grupo de comparación A y el grupo de comparación B, se observó que la percepción del dolor era **menor** en el grupo que recibió la intervención.

m) Musicoterapia.

Dentro de los dos artículos revisados que mencionan el uso de musicoterapia, ambos evaluaron el dolor mediante la EVA.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, no existen datos para evaluar la **fase latente**. En cuanto a la **fase activa**, un artículo determina que posterior al uso de la intervención la percepción del dolor **aumentó**.

Por otro lado, al comparar los resultados de los grupos intervenidos con los grupos de control correspondientes, se observó que la percepción del dolor era **menor** en los grupos que recibieron la intervención en la **fase activa**.

n) Aplicación de calor focalizado

En la revisión sistemática, sólo se analizó 1 artículo que mencionaba la aplicación de calor focalizado, el cual evaluó el dolor mediante la NRS.

En cuanto al grupo intervenido, se observó que se evaluó la percepción del dolor en la **fase latente** determinando que el dolor **disminuyó** en el grupo intervenido, y en la **fase activa** determinando que el dolor **aumentó** en el grupo intervenido.

Por otro lado, al comparar los resultados del grupo intervenido con el grupo de control, se observó que la percepción del dolor era **menor** en el grupo que recibió la intervención durante la **fase activa** y la **fase latente**.

o) Educación prenatal

Se analizó sólo 1 artículo referente a educación prenatal, en el cual se determinó la percepción del dolor de las gestantes a través de entrevistas postparto.

En las entrevistas, las gestantes afirmaron que lo aprendido en los controles prenatales fue efectivo para controlar y **reducir** el dolor del trabajo de parto. No se especificó en qué momento exacto ocurrió la disminución del dolor.

p) Ejercicios de respiración

El único estudio de la investigación que menciona la realización de ejercicios de respiración midió la percepción del dolor mediante la EVA.

En este estudio sólo se comparan los puntajes obtenidos entre el grupo control y el grupo que realizó ejercicios de respiración durante la **fase activa**, donde se observó que la percepción del dolor es **menor** en el grupo experimental comparado al grupo control.

q) Ejercicios de pilates

Se analizó 1 artículo sobre la realización de ejercicios de pilates durante la gestación, en el cual se utilizó la EVA para evaluar el dolor durante la fase activa del trabajo de parto.

En cuanto a la percepción del dolor del grupo intervenido, no se logró determinar si el dolor aumentó o disminuyó en la **fase latente** ya que no se evaluó el EVA durante esta fase, mientras que, se determinó que la percepción del dolor **aumentó** durante la **fase activa**.

Por otro lado, al comparar los resultados del grupo intervenido con el grupo de control, se observó que la percepción del dolor **era menor** en la **fase activa** al realizar la intervención.

3.4.4 Reacciones adversas materno-fetales.

Se observó que en 20 de 33 artículos revisados no existen resultados sobre las reacciones adversas materno-fetales manifestadas mientras se practicaban las acciones profesionales no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo, mientras que 11 de 33 artículos mencionaron derechamente que no se presentaron reacciones adversas materno/fetales en los grupos intervenidos.

Sólo en 2 artículos se declararon la presencia de manifestaciones clínicas secundarias a la intervención. En el grupo intervenido con acupresión del primer artículo, se señaló que 3 de 30 gestantes manifestaron un **leve dolor de espalda** y 2 de 30 gestantes manifestaron **picazón** en la zona de aplicación de las bandas de acupresión, mientras que en el segundo artículo se observó que 1 de 52 primíparas del grupo intervenido con aromaterapia manifestó **náuseas y vómito** asociadas a su uso.

3.4.5 Resultados secundarios.

Se observó que los principales 3 resultados secundarios descritos en los artículos estudiados son:

En primer lugar, la **duración del trabajo de parto** que se menciona en 14 de los 33 artículos revisados, donde se estudia como resultado secundario del uso de masoterapia, acupresión, TENS, balón kinésico, ejercicio de respiración, ejercicio pilates, musicoterapia, ayuda ergonómica, aromaterapia, yoga prenatal e hipnoparto. En todos ellos se concluyó que en aquellos grupos en los cuales se aplicó la intervención no farmacológica se **disminuyó** significativamente la duración del trabajo de parto ya sea en su primera, segunda o tercera etapa del trabajo de parto.

Luego se encuentra la **satisfacción materna**. Se menciona en 12 de los 33 artículos revisados, donde se estudia como resultado secundario del uso de masoterapia, acupresión, hidroterapia, balón kinésico, ejercicio pilates, TENS, imagen feto, inyección intradérmica no

farmacológica de agua estéril, realidad virtual y educación prenatal. En todos los artículos, se concluye que **augmenta** significativamente la satisfacción materna en el grupo experimental comparado con los grupos controles/placebos.

Por último, se encuentra la **ansiedad materna**, que se menciona en 12 de los 33 artículos revisados. Esta se estudia como resultado secundario relacionado con el uso de masoterapia, musicoterapia, aromaterapia, imágenes feto, realidad virtual, balón kinésico, TENS, toque terapéutico y educación prenatal. En todos los artículos donde se aplicaron las intervenciones se concluye que la ansiedad materna es **significativamente menor** en el grupo experimental comparado a los grupos controles.

Finalmente, la **dilatación cervical** que se menciona en 3 artículos y el **nivel de endorfina**, **experiencia del parto** y **vía de resolución** que se mencionan en 2 artículos cada uno, no se consideran relevantes para esta revisión sistemática debido a que su mención no es representativa en relación con la totalidad de artículos, al igual que los **resultados no significativos** encontrados dentro de cada artículo.

CAPÍTULO 4: DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.

4.1 Discusión.

4.1.1 Resultados principales.

En base a la revisión de los 33 artículos seleccionados de la evidencia científica durante los años 2017 - 2022, se identificaron 17 tipos de acciones profesionales no farmacológicas aplicadas en nulíparas y/o primíparas de bajo riesgo para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto espontáneo como masoterapia, acupresión, estimulación eléctrica transcutánea, hidroterapia, balón kinésico, aromaterapia, realidad virtual, musicoterapia y otras mencionadas en el apartado. Se puede visualizar que en la mayoría de los estudios cuantitativos se favoreció el alivio del dolor en los grupos de aplicación en comparación con el grupo control, como es en el caso de la masoterapia, la acupresión, aromaterapia, estimulación nerviosa transcutánea, realidad virtual, hipn parto, yoga prenatal, toque terapéutico, inyección intradérmica con agua estéril, ayuda ergonómica, ejercicios de respiración y musicoterapia.

Aunque en algunos casos hubo excepciones, puesto que en ciertos estudios hay acciones que no fueron efectivas, como es el caso de la hidroterapia que solo en 2 de los 4 artículos se refiere una disminución significativa del alivio del dolor al aplicar la intervención, aunque es importante considerar que en estos dos casos también se aplicaron otras intervenciones no farmacológicas, como el uso de balón kinésico y la masoterapia.

En relación con los artículos que evaluaron el uso de balón kinésico, este fue efectivo en algunos casos, pero en un estudio en específico se menciona que aumentó el dolor luego de realizar movimientos sobre el balón kinésico. También, con respecto al estudio que habla sobre el calor focalizado, este se compara con el uso de masaje, donde se observa que este puede ser más efectivo que el masaje en algunas fases del trabajo de parto, y para aliviar el dolor, pero en otras fases es más efectivo el masaje.

Con respecto al estudio cualitativo que habla sobre la educación prenatal, se visualiza que esta puede ser efectiva para que la mujer pueda elegir cómo aliviar el dolor en el trabajo de parto y parto, además las gestantes que participaron refieren que la técnica de respiración les ayudó a reducir el dolor y que no fue necesario el uso de analgesia epidural.

Desde 1985 la OMS ha aconsejado que el parto vía vaginal es un proceso saludable y que sólo hay que intervenir con acciones invasivas si es necesario. Además, recomienda que entre las acciones no farmacológicas más utilizadas y estudiadas a nivel mundial que se pueden realizar para el alivio del dolor está la utilización de: realizar técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación, masoterapia, aplicación de calor local y otras técnicas, para gestantes que así lo requieran, dependiendo de sus preferencias (23). Cabe señalar que, la utilización de estas técnicas no es excluyente de la solicitud de analgesia farmacológica como la epidural u los opioides por parte de la gestante, ya que pueden utilizarse de manera complementaria. En definitiva, las acciones que se utilizan como alivio del dolor durante el trabajo de parto y parto, depende de la decisión de cada persona, esta puede elegir entre la analgesia epidural, los opioides, o la gran gama de acciones profesionales no farmacológicas.

4.1.2 Discusión con otras revisiones.

La presente revisión sistemática menciona un total de 17 métodos no farmacológicos utilizados en el trabajo de parto y parto espontáneo para el manejo del dolor, donde destacan con más menciones las siguientes intervenciones: masoterapia, acupresión, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), hidroterapia, balón kinésico, aromaterapia, realidad virtual y musicoterapia. En una revisión a la literatura (Emily E. Sharpe, Mark D. Rollins, 2022), además de describir los métodos no farmacológicos ya mencionados, también incluye el apoyo continuo durante el trabajo de parto, donde señala que: *“El apoyo continuo durante el trabajo de parto es una parte importante de una experiencia de parto satisfactoria y se asocia con mejores resultados (24).”* Sin embargo, en los artículos de esta revisión, no se consideró el acompañamiento durante este momento

como una acción no farmacológica para el alivio del dolor, por lo que no se pudo realizar un análisis respecto al acompañamiento como tal.

En un estudio experimental aleatorio sobre el efecto de la musicoterapia en el trabajo de parto (Keziban Amanak, 2020), incluido en esta revisión, se concluye que esta intervención favorece positivamente en el alivio del dolor durante el trabajo de parto, lo que coincide con una revisión sistemática y metaanálisis de Ching-Hui Chuang, Po-Cheng Chen, ChihChen Sophia Lee, Chung-Hey Chen, Yu-Kang Tu y Shih-Chung Wu en 2018, donde se determina que la musicoterapia si reduce el dolor de las gestantes primíparas, aunque con un resultado estadístico poco significativo (25).

Por otro lado, dentro de los resultados secundarios de los artículos analizados, se encuentra la **ansiedad materna**. En relación con esto, la revisión sistemática y metaanálisis anteriormente mencionada también analiza el efecto de la musicoterapia en la ansiedad materna durante el trabajo de parto, y determina que esta reduce aún más las puntuaciones de ansiedad de estas mujeres en contraste con quienes reciben atención de rutina durante el trabajo de parto, lo que coincide con los resultados obtenidos en esta revisión, donde se observa que en todos los artículos que midieron el nivel de ansiedad materna, esta disminuye después de la intervención (24, 25).

Por último, no se encontraron revisiones sistemáticas que tuvieran evidencia respecto a las complicaciones materno-fetales en la aplicación de algún tipo de acción no farmacológica para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y parto, por lo que no se pudo realizar una comparación respecto a lo estudiado en esta revisión sistemática.

4.1.3 Limitaciones del estudio.

Las limitaciones de esta revisión sistemática recaen principalmente en que no puede ser generalizado a toda la población gestante debido a que el estudio incluyó sólo mujeres nulíparas y/o primíparas. Por otro lado, a pesar de que esta investigación describe bastantes

tipos de acciones no farmacológicas, en la mayoría de los casos, sólo hay 1 artículo disponible por tema, por lo tanto, los resultados no son confiables por sí solos.

En último lugar, sólo 3 artículos presentan resultados sobre la percepción del dolor de la segunda etapa del parto, por lo tanto, las conclusiones no son generalizables a esta etapa. Por otro lado, hay pocos países que han realizado estudios primarios relacionados con las acciones no farmacológicas para el manejo del trabajo de parto y parto, sumado a esto sólo 3 de los artículos fueron realizados en Latinoamérica, por ende, sus resultados no podrían ser generalizados a la población mundial.

4.1.4 Sugerencias.

Se sugiere para estudios próximos ampliar la revisión sistemática a múltiparas con el objetivo de conocer los efectos de las acciones no farmacológicas para el alivio del dolor del trabajo de parto en ambos grupos de usuarias. También, se recomienda realizar una nueva búsqueda en otras plataformas de investigación para permitir el acceso a otro tipo de estudios que estén publicados en aquel medio. A la vez, se sugiere realizar investigaciones primarias que incluyan el uso de acciones no farmacológicas durante la segunda etapa del parto, esto debido a que existe escasa evidencia respecto al uso y efectos en tal etapa. Por último, se considera importante que en próximas investigaciones estas puedan ser centradas quizás en una sola acción, pero en Latinoamérica con el fin de conocer la realidad actual a nivel local de acciones disponibles y sus efectos en usuarias residentes.

4.2 Conclusiones.

La presente revisión sistemática, permite conocer algunas de las acciones no farmacológicas utilizadas para aliviar el dolor del trabajo de parto y parto en mujeres nulíparas y/o primíparas, donde la masoterapia, la acupresión, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, la hidroterapia, el uso de balón kinésico, la aromaterapia y la realidad virtual fueron mayormente mencionadas en los artículos analizados. Así mismo, gran parte de las

acciones investigadas no suelen ser realmente consideradas en el manejo del dolor del trabajo de parto y parto, por lo que se considera relevante la continua actualización sobre la realidad de esta temática a nivel mundial, y así entregar más alternativas para el alivio del dolor durante esta etapa en todos los servicios de salud.

Además, la descripción de cada tipo de acción permite conocer con profundidad la manera en que estas fueron implementadas por cada investigador. Lo anterior, propone el desafío de en un futuro, llevar a cabo dichas acciones en los Servicios de Salud de Chile, teniendo en cuenta las diferentes realidades de los hospitales nacionales y el contexto personal de cada gestante y su familia, para así lograr emplear un manejo del trabajo de parto y parto menos intervencionista.

Sobre el análisis de la percepción del dolor de las gestantes, se identificaron 2 ámbitos de evaluación en los artículos, en primer lugar, se da a conocer como la aplicación de cada intervención influye en la disminución o aumento del dolor durante el progreso del trabajo de parto y, en segundo lugar, se compara si estos resultados eran menores o mayores a los obtenidos en el grupo control. Comprendiendo estos aspectos, se concluye que, en la **fase latente** los estudios no son representativos debido a que en la mayoría de las intervenciones no se aplicaron en dicha fase o no existían evaluaciones del dolor previo a la realización de la acción no farmacológica, mientras que en la **fase activa**, se observó que en general las acciones no son beneficiosas para disminuir el dolor con el progreso del trabajo de parto, ya que este sigue aumentando junto con la dilatación de la gestante. Sin embargo, al comparar estos mismos resultados con los del grupo control se observa que los resultados de dolor del grupo experimental son **menores**. Cabe señalar, que sólo 3 artículos estudiaron acciones no farmacológicas para el alivio del dolor en la segunda etapa del parto, por lo que, los resultados son insuficientes para llegar a una conclusión sobre si el uso de métodos no farmacológicos son beneficios en esta etapa. En resumen, se concluye beneficioso el aplicar las acciones no farmacológicas durante la primera fase del trabajo de parto antes de no aplicarlas para el manejo del dolor.

Con respecto a las reacciones adversas de las acciones no farmacológicas investigadas, se logra determinar que son seguras para su aplicación durante el trabajo de parto ya que no interfieren de forma negativa en el bienestar materno-fetal, ni alteran el proceso fisiológico del trabajo de parto. Aquello, debido a que durante el análisis del total de los artículos, solo 2 mencionan reacciones adversas, las cuales fueron solo maternas y son consideradas de bajo riesgo tales como vómitos, náuseas, picazón y dolor de espalda leve.

Por otro lado, se reconoce que las acciones no farmacológicas no solo tienen efectos con relación a la percepción del dolor de trabajo de parto y parto, sino que también influyen en la reducción de la duración de este proceso, en generar mayor satisfacción materna con respecto al momento del parto y además se logra una disminución de la ansiedad materna durante el trabajo de parto. En consecuencia, los múltiples beneficios al utilizar métodos no farmacológicos colaboran a generar una atmósfera grata y a brindar una experiencia positiva del parto, tanto para la gestante como para su familia.

Se concluye que la aplicación de las distintas acciones profesionales no farmacológicas en usuarias nulíparas y/o primíparas de bajo riesgo durante el trabajo de parto son efectivas para disminuir la percepción del dolor durante la primera etapa del parto comparado a los grupos controles respectivos, por lo tanto, se sugiere presentar las acciones no farmacológicas a los profesionales de salud para que conozcan la variedad, uso, reacciones adversas, resultados secundarios y su repercusión positiva en el dolor durante el trabajo de parto de las usuarias. Por otro lado, debido a que se aprecia poca evidencia dentro de los artículos sobre la segunda etapa del parto, no se puede determinar ni generalizar los resultados sobre el dolor al aplicar las intervenciones a esta etapa.

En la realidad de los hospitales y/o clínicas en Chile depende de cada profesional de las unidades de preparto, tanto públicas como privadas, instruirse y capacitarse en el uso de las acciones no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, así mismo, depende de cada equipo la entrega de estas acciones a sus usuarias. Por esta razón, se sugiere la creación de lineamientos y capacitaciones a nivel intrahospitalario en todos los

recintos de nivel terciario, e incluso se propone la creación de una norma técnica a nivel ministerial, para la correcta utilización de métodos no farmacológicos.

De aquellos profesionales presentes en las unidades de parto se encuentran las matronas y matrones, quienes tienen el rol de brindar el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto, así como también atender el parto, es por esto que dentro del manejo de acciones no farmacológicas tienen la tarea de visibilizar las opciones que se encuentran disponibles y educar a las gestantes sobre su adecuado uso, basado en la evidencia científica actualizada, e idealmente no solo desde las unidades de parto, sino que de manera más temprana durante el embarazo mediante controles prenatales de atención primaria, siendo clave la educación transversal a todos los niveles de atención. Entonces, se sugiere que dentro de los talleres entregados durante la atención prenatal, se incluyan contenidos sobre las herramientas no farmacológicas para alivio del dolor en el trabajo de parto y parto, de tal manera que, las usuarias y sus familias conozcan estas acciones previamente, logren instruirse en las que prefieran utilizar y así puedan ser protagonistas de su parto, logrando una experiencia positiva, personalizada y única de uno de los momentos más importantes de sus vidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Sanés Anna D.I. Importancia de las condiciones hormonales en el parto. 2000. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4989261.pdf>
2. Cortés F, Merino W, Bustos K. Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. Revista chilena de anestesia [Internet]. 2020; 49(5):614–24. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n05-05/>
3. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Revista de la Sociedad Española del Dolor [Internet]. 2020;27(4):232–3. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003&lang=es
4. Cortés F, Merino W, Bustos K. Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. Revista chilena de anestesia [Internet]. 2020;49(5):614–24. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n05-05/>
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, Transformar la atención a mujeres y neonatos para. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación-Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018; WHO-RHR-18(8). P. 1–8. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
6. Ministerio de Salud. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo [Internet]. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. 2008. P. 196. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c688fd24acd68e04001011e013bfb.pdf>

7. Sadler M, Leiva G, Bussenius P, León T, Valdebenito J. Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Observatorio Violencia Obstétrica Chile [Internet]. 2018;(Junio). P. 50. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/325933924_OVO_Chile_2018_Resultados_Primer_Encuesta_sobre_el_Nacimiento_en_Chile
8. Valenzuela Mujica MT, Uribe Torres C, Contreras Mejías A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Índex de enfermería* [Internet]. 2011; 20(4):243–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300007
9. Cerda L. Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. 2020;85 (marzo 2019):115–22. Disponible en: <https://sochog.cl/archivos/revista-documento/formacion-profesional-de-la-matrona-matron-en-chile-anos-de-historia>
10. Definición de parto eutócico - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE [Internet]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/parto-eutócico>
11. Definición de parto distócico - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE [Internet]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/parto-distócico>
12. Definición de parto por cesárea - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE [Internet]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/parto-por-cesárea>
13. Carvajal JA, Dra C, María I, Barriga C. *Manual de Obstetricia y Ginecología* 2021. 2021;16,17,102, 103, 139–43. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf

14. MINSAL. Guía Clínica AUGE: Analgesia del parto [Internet]. Bibliotecaminsal.cl. 2013. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Analgesia-del-Parto.pdf>
15. González R., García-Carp, intero Blas E, Siles González J, Martínez Roche M., Martínez Miguel E, et al. Alternativas no farmacológicas a la epidural. Enfermería Docente [Internet]. 2017;1(110) :P. 80-81,82,83,84. Disponible en: http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/524/pdf_405
16. Barragán CJ. Aplicación de métodos no farmacológicos en la dilatación y alivio del dolor en el parto. 2015. Disponible en: https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1605/1/TFG._Cristina_Jimnez_Barragn.pdf
17. López MA. Proceso de parto y estrategias para afrontarlo [Internet]. Ujaen.es. 2015. Disponible en: <https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1713/1/TFG%20ArjonaLopez%2CAntonio.pdf>
18. Pérez M, Salamanca Mc A, Mi G, Roca C. USO DE LA HIDROTERAPIA DURANTE LA FASE ACTIVA DE LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO [Internet]. Huvn.es. Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/actividad_docente_e_investigadora/jornada_partos/Jornada%20II/jornada_2_comunicaciones/USO%20DE%20LA%20HIDROTERAPIA%20DURANTE%20%20LA%20FASE%20ACTIVA%20DE%20LA%20PRIMERA%20ETAPA%20DEL%20PARTO.pdf
19. Medina F, María I. Alternativas analgésicas al dolor de parto Analgesic alternatives for labour pain [Internet]. Iscii.es. Disponible en: <https://scielo.iscii.es/pdf/eg/v13n33/revision4.pdf>

20. Garrido R. ACUPUNTURA Y DOLOR. Revista médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019;30(6):487-93. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-acupuntura-y-dolor-S071686401930094X>
21. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Revista de la Sociedad Española de Dolor [Internet]. 2018; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
22. Aguilera Eguía R. ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? Revista de la Sociedad Española de Dolor [Internet]. 2014; 21(6):359–60. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600010
23. Matute Albo JI. Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. Medicina natural [Internet]. 2006;(10):55–9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=198558>
24. Sharpe EE, Rollins MD. Beyond the epidural: Alternatives to neuraxial labor analgesia. Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology [Internet]. 2022;36(1):37-51. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521689622000180>
25. 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. Journal of Advance Nursing [Internet]. 2019;75(4):723-33. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13871>

ANEXOS

Anexo 1: Ficha bibliográfica Artículo N° 1.

Título	Terapias complementarias en el trabajo de parto: ensayo clínico aleatorizado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Brasil	Año de publicación	2019
Revista	Revista Gaúcha de Enfermagem	Autor/es	A. Varandas A. Henrique
Tipo de método	-Hidroterapia -Balón kinésico	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Descripción de la acción	<p>Las intervenciones fueron aplicadas 1 vez en la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>En el grupo de hidroterapia se usó ducha de agua caliente a 37°C por 30 minutos, medida cada 15 minutos con un termómetro digital. El chorro de agua se dirigió a la región sacra de la gestante de pie o sentada, según su preferencia.</p> <p>En el grupo de balón realizó ejercicios perineales con una pelota de 60 cm de diámetro sobre una superficie firme y antideslizante durante</p>		

	<p>30 minutos. La embarazada se sentó en el balón con las piernas flexionadas formando un ángulo de 90º, con las rodillas separadas y la zona plantar de los pies apoyados en el suelo, realizando movimientos de propulsión y movimientos de rotación pélvica.</p> <p>En el grupo de terapia combinada se combinaron las 2 intervenciones mencionadas anteriormente por 30 minutos, con embarazada sentada en el balón realizando ejercicios perineales durante un baño con agua caliente.</p>
Muestra	<p>Total muestra: 128 gestantes</p> <p>División de subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 44 gestantes en Hidroterapia - 45 gestantes en Balón kinésico - 3 gestantes en Terapia combinada
Percepción del dolor	<p>Se midió usando Escala Visual análoga (EVA) ante y después de la intervención durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>Hidroterapia:</p> <p>-Fase latente: no se aplica durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor aumento al usar la intervención</p> <p>Comparado al grupo de balón y de terapia combinada, la percepción del dolor fue mayor.</p> <p>Balón:</p> <p>-Fase latente: no se aplica durante esta fase.</p>

	<p>-Fase activa: la percepción del dolor umentó al usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo de hidroterapia y de terapia combinada, la percepción del dolor disminuyó.</p> <p>Terapia combinada:</p> <p>-Fase latente: no se aplica durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor umentó al usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo de hidroterapia, la percepción del dolor disminuyó.</p>
Reacciones adversas materno/fetales	Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar las acciones no farmacológicas.
Resultados secundarios	<p>Dilatación cervical:</p> <p>Tiene significativamente mayor aumento en los grupos experimentales en comparación al grupo control, sobre todo es mayor en el grupo combinado.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad. - Contracción uterina. - Uso de oxitocina. - Duración trabajo de parto.
Conclusión	Las terapias utilizadas no han interferido en la reducción del dolor durante el parto, pero todas las mujeres mostraron un efecto positivo

	<p>en términos de acortar el período que transcurre desde el parto hasta el nacimiento, especialmente cuando se utilizan en combinación. Este hallazgo nos lleva a incentivar el uso de dichas terapias por parte de los profesionales de la obstetricia, ya que se evidenciaron sus efectos benéficos, y porque son terapias que no requieren altas inversiones en recursos y son de fácil aplicación en la mayoría de los centros de parto del país. La ansiedad, a pesar de ser una variable subjetiva, la experiencia y la característica emocional de cada persona, se encontró en los participantes del estudio, utilizando las terapias para permitir el movimiento, la relajación, desviando el foco de atención del dolor, una variable constante durante el trabajo se redujo. Esto puede sugerir que las terapias aquí propuestas fueron capaces de promover una mejor adaptación materna durante el trabajo de parto, ayudando a enfrentar el dolor, promoviendo la experiencia participativa y un mayor control de sus acciones y emociones, lo que resulta en una mejor evolución del trabajo de parto.</p>
--	---

Anexo 2: Ficha bibliográfica Artículo N° 2.

Título	Eficacia de la aromaterapia para reducir el dolor durante el trabajo de parto: un ensayo controlado aleatorizado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Tailandia	Año de publicación	2018
Revista	Archives of	Autor/es	R. Tanvisut

	Gynecology and Obstetrics		K. Traisrisilp T. Tongsong
Tipo de método	Aromaterapia	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 104 gestantes</p> <p>División de subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 52 gestantes en grupo control - 52 gestantes en grupo experimental 		
Descripción de la acción	<p>La aromaterapia fue aplicada durante toda la primera etapa del trabajo de parto. A este grupo experimental se le ofrecieron 4 opciones de aromas: 5 escogieron lavanda, 9 escogieron rosa de geranio, 12 escogieron cítricos y 26 escogieron de jazmín.</p> <p>El aceite aromático se difundió continuamente mediante difusores utilizando una concentración estándar de 4 gotas de aceite aromático por 300 ml de agua difundida.</p>		
Percepción del dolor	<p>Se midió con escala de calificación numérica de 0-10 y NRS-11 durante el trabajo de parto.</p> <p>- Fase latente: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor aumentó en el grupo que recibió la aromaterapia.</p> <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>- Fase activa: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción</p>		

	<p>del dolor aumentó en el grupo que recibió la aromaterapia.</p> <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>Sólo 1 paciente del grupo de aromaterapia tuvo náuseas y vómito durante la inhalación del aroma.</p> <p>No se encontró otra reacción adversa causada por la aromaterapia.</p>
<p>Resultados secundarios</p>	<p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duración trabajo de parto - Apgar neonatal - Uso de analgesia - Vía de resolución del parto
<p>Conclusión</p>	<p>Los médicos pueden proporcionar la aromaterapia como otra opción para las parturientas debido a su posible eficacia para aliviar el dolor, la simplicidad de uso, el bajo costo, el método no agresivo, sin efectos adversos y ayudando a la relajación. Finalmente, creemos que este estudio agrega o acumula evidencia de alta calidad al escaso cuerpo de conocimiento existente para un análisis futuro.</p>

Anexo 3: Ficha bibliográfica Artículo N° 3.

<p>Título</p>	<p>El efecto del masaje sacro sobre el dolor de parto y la ansiedad: un ensayo controlado aleatorio.</p>
----------------------	---

Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Turquía	Año de publicación	2019
Revista	Japan Journal of Nursing Science	Autor/es	S. Karaduman S. Akköz
Tipo de método	Masoterapia	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 60 gestantes.</p> <p>División de subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 gestantes en grupo control - 30 gestantes en grupo experimental 		
Descripción de la acción	<p>Al grupo experimental se les administró un masaje en la región sacra bajo la supervisión de un médico durante 30 minutos usando técnicas de roce (carisias por 15 minutos) y vibración (por 15 minutos) en las fases latente y activa del trabajo de parto, con pacientes colocadas en posición lateral izquierda.</p>		
Percepción del dolor	<p>Se midió con Escala Visual Análoga (EVA) durante el trabajo de parto.</p> <p>Masoterapia</p> <p>- Fase latente: No hay resultados basales de percepción del dolor para comparar con la fase latente.</p> <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción</p>		

	<p>del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>- Fase activa: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor aumentó en el grupo que recibió masoterapia.</p> <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.</p>
<p>Resultados secundarios</p>	<p>Ansiedad:</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental que en el grupo control.</p> <p>Pensamientos sobre el dolor del parto como difícil:</p> <p>Es significativamente más bajas en grupo experimental comparación con el grupo de control</p> <p>Sentimientos postparto:</p> <p>Es significativamente más alto en grupo experimental en comparación con el grupo de control</p> <p>Satisfacción:</p> <p>Es significativamente más altos en grupo experimental en comparación con el grupo de control</p> <p>Resultados no significativos:</p> <p>- Duración trabajo de parto</p>

Conclusión	En este estudio, que se realizó para evaluar el efecto del masaje sacro en el parto, se concluyó que el masaje sacro aplicado durante el parto redujo el dolor de parto de las mujeres, disminuyó los niveles de preocupación y ansiedad, resultó en una mayor satisfacción con el proceso de parto entre mujeres embarazadas, afectó positivamente la percepción del trabajo de parto y no tuvo efectos secundarios fetales.
-------------------	---

Anexo 4: Ficha bibliográfica Artículo N° 4.

Título	Efectos del masaje y la acupresión en el alivio del dolor de parto, la reducción del tiempo de parto y el aumento de la satisfacción del parto.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Turquía	Año de publicación	2020
Revista	The journal of nursing research	Autor/es	I. Gönenç F. Terzioğlu
Tipo de método	-Masoterapia. -Acupresión.	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	Total muestra: 120 gestantes		

	<p>División de subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 gestantes en grupo de masajes - 30 gestantes en grupo de acupresión - 30 gestantes en grupo de ambas - 30 gestantes en grupo control
<p>Descripción de la acción</p>	<p>En el grupo de masaje se administró una sesión de masaje en todo el cuerpo por 30 minutos en la primera etapa de trabajo de parto. Se masajearon la cabeza, cuello, hombros, espalda, brazos, manos, piernas y pies de la misma manera y duración durante cada sesión.</p> <p>En el grupo de acupresión se administró una sesión de acupresión de 30 minutos con bandas de acupresión en los puntos de Sanyinjiao SP6 (4 cm sobre el maléolo interno) en la primera etapa del trabajo de parto. Se usó dispositivo de acupuntura que emite luz verde cuando se toca el sitio correcto con el botón de plástico que se usa para aplicar la presión. Se usó una banda para cada participante.</p> <p>En el grupo de masaje + acupresión se administraron simultáneamente a los participantes durante la primera etapa del trabajo de parto, comenzando la sesión de masajes tan pronto como se colocó la banda de acupresión.</p> <p>En el grupo control recibieron atención de rutina.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con Escala Visual Análoga (EVA) durante el trabajo de parto, inmediatamente después de realizada la intervención en cada fase del trabajo de parto.</p>

	<p>Masoterapia</p> <p>- Fase latente: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor disminuyó momentáneamente en el grupo que recibió masoterapia.</p> <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>- Fase activa: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor disminuyó momentáneamente.</p> <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>Acupresión</p> <p>- Fase latente: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor disminuyó en el grupo que recibió acupresión.</p> <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>- Fase activa: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor disminuyó momentáneamente.</p> <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>Masoterapia + acupresión</p> <p>- Fase latente: Luego de aplicar las intervenciones se ve que la percepción del dolor disminuyó en el grupo.</p> <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p>
--	--

	<p>- Fase activa: Luego de aplicar las intervenciones se ve que la percepción del dolor disminuyó momentáneamente.</p> <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>La mayoría no experimentó dificultades con las intervenciones.</p> <p>Solo se describe que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 participantes señalaron que sintieron un leve dolor con el masaje - 2 participantes señalaron una leve picazón con la banda de acupresión
<p>Resultados secundarios</p>	<p>Satisfacción:</p> <p>Es significativamente mayor en los grupos experimentales comparado al grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apgar neonatal - Dilatación cervical
<p>Conclusión</p>	<p>En este estudio, la intervención de masaje redujo significativamente el dolor de parto percibido de las participantes durante todas las fases del parto, mientras que la intervención de acupresión redujo significativamente el dolor de parto percibido durante las fases activa y de transición del trabajo de parto únicamente. Ambas intervenciones aumentaron efectivamente la satisfacción materna. Por lo tanto, se pueden sacar las siguientes conclusiones en base a estos hallazgos: (a) Las intervenciones de masaje y acupresión son un</p>

	<p>enfoque seguro para que las mujeres las usen para controlar el dolor del trabajo de parto; (b) el personal de atención primaria debe estar debidamente capacitado en métodos de masaje y acupresión para brindar una buena atención a las mujeres en trabajo de parto; y (c) las familias deben recibir capacitación en masajes durante el período prenatal, y debe proporcionarse un entorno adecuado para la aplicación de estos métodos.</p>
--	--

Anexo 5: Ficha bibliográfica Artículo N° 5.

Título	Eficacia de los ejercicios de respiración durante la segunda etapa del trabajo de parto sobre el dolor y la duración del trabajo de parto.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Turquía	Año de publicación	2017
Revista	Journal of integrative medicine	Autor/es	H. Yuksel Y. Cayir Z. Kosan K. Tastan
Tipo de método	-Ejercicios de respiración	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Descripción de la acción	Al grupo de intervención se enseñan ejercicios de respiración durante la primera fase del trabajo de parto por el investigador.		

	<p>Los ejercicios de respiración fueron:</p> <p>(A) Primero, llenar el estómago y luego los pulmones con aire mientras se inspira; (B) Sentir la expansión en el estómago; (C) Asegúrese de que los músculos desde el estómago hasta la rodilla están relajados, como si estuviera orinando; (D) Cuando sienta dolor, realice ejercicios de respiración abdominal profunda, e inhale profundamente; (E) Intenta empujar al bebé hacia abajo; (F) Puedes hacerlo reteniendo la respiración o espirando muy lentamente por la boca; (G) El punto más importante en esta etapa es que no debes llenar el estómago de aire y empujar hacia abajo para dar a luz al bebé; (H) Debes continuar empujando hasta que se alivie el dolor.</p> <p>Se señaló que al sentir dolor las participantes debían realizar los ejercicios de respiración abdominal e inhalación profunda, intentando empujar al bebe hacia abajo hasta que se alivie el dolor y luego descansar. Luego del entrenamiento, las participantes debieron efectuar los ejercicios de respiración durante la fase activa del trabajo de parto, en aquel momento se observó y controló la capacidad respiratoria de las parturientas.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Total muestra: 250 gestantes.</p> <p>División de subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 125 gestantes en grupo experimental - 125 gestantes en grupo control
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con EVA durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>Ejercicios de respiración:</p>

	<p>-Fase latente: no se aplica durante esta etapa.</p> <p>-Fase activa: No se menciona.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción de dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p>
Reacciones adversas materno/fetales	No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.
Resultados secundarios	<p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente menor en grupo intervenido comparado a grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <p>- Apgar neonatal</p>
Conclusión	En conclusión, según los resultados de nuestro estudio, los ejercicios de respiración profunda pueden considerarse un método eficaz para asegurar el alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, se necesitan más ensayos controlados aleatorios, prospectivos y a gran escala, para evaluar si los ejercicios de respiración tienen valor para el tratamiento del dolor durante el parto

Anexo 6: Ficha bibliográfica Artículo N° 6.

Título	Efectos de la aromaterapia con Rosa damascena en el dolor y la ansiedad del parto en mujeres nulíparas durante la primera etapa
---------------	--

	del trabajo de parto.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Irán	Año de publicación	2018
Revista	Journal of integrative medicine	Autor/es	S. Hamdamian S. Nazarpour M. Simbar S. Hajian F. Mojab A. Talebi
Tipo de método	Aromaterapia	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 110 participantes.</p> <p>División de subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 55 participantes en grupo control - 55 participantes en grupo experimental 		
Descripción de la acción	<p>Se colocó una gasa de algodón de 10 cm x 10 cm en el cuello de cada paciente y se dosificó con 2 gotas (0,8 ml) de esencia de R. damascena de un mismo lote en el grupo experimental y de solución salina normal en el grupo control. Además en ambos grupos se realizaron atenciones de rutina.</p>		

<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con escala NRS a los 10 minutos después de la inhalación de la esencia 3 veces durante el trabajo de parto.</p> <p>- Fase latente: luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor augmentó en el grupo que recibió la aromaterapia.</p> <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>- Fase activa: luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor augmentó en el grupo que recibió la aromaterapia.</p> <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.</p>
<p>Resultados secundarios</p>	<p>Ansiedad:</p> <p>Es significativamente más bajo en el grupo de aromaterapia que en el grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de contracciones - Uso de oxitocina - Puntaje Bishop - Duración trabajo de parto - Vía de resolución

Conclusión	Este estudio demostró que la aromaterapia con <i>R. damascena</i> disminuye el dolor y la ansiedad durante el trabajo de parto sin ningún efecto sobre los puntajes de Apgar de los recién nacidos o el tipo de parto de las madres. <i>R. damascena</i> se puede recomendar como medicina complementaria para disminuir el dolor y la ansiedad durante el trabajo de parto por parte de los proveedores de atención en los hospitales maternos.
-------------------	--

Anexo 7: Ficha bibliográfica Artículo N° 7.

Título	Efecto de la música en el trabajo de parto y el parto en embarazos nulíparos únicos: un ensayo clínico aleatorizado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Italia	Año de publicación	2020
Revista	Archives of gynecology and obstetrics	Autor/es	G. Saccone A. Buglione M. Mas A. Raffone L. Di Meglio L. Di Meglio P. Toscano A. Travaglino

			R. Zapparella M. Duval F. Zullo M. Locci
Tipo de método	Musicoterapia	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio, no ciego
Descripción de la acción	<p>A las mujeres del grupo de intervención se les ofreció música durante la fase activa de trabajo de parto. Podían seleccionar las canciones a su discreción en un parlante hasta el nacimiento del bebe.</p> <p>Las mujeres del grupo control recibieron atención de rutina.</p>		
Muestra	<p>Total muestra: 30 participantes.</p> <p>División de subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 participantes en grupo control - 15 participantes en grupo experimental 		
Percepción del dolor	<p>Se midió con EVA durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>-Fase latente: no se aplica la intervención durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: No existen datos para poder comparar al usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuyó al usar la intervención.</p>		

Reacciones adversas materno/fetales	No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.
Resultados secundarios	<p>Ansiedad:</p> <p>Es significativamente menor en grupo experimental comparado al grupo control, excepto a las 48 horas postparto donde es menor en grupo control que en grupo experimental.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vía de resolución - Uso de oxitocina - Episiotomía -Desgarros 2do y 3er grados
Conclusión	En resumen, en mujeres nulíparas con embarazos únicos a término, escuchar música reduce el nivel de dolor y el nivel de ansiedad durante el trabajo de parto.

Anexo 8: Ficha bibliográfica Artículo N° 8.

Título	La aplicación secuencial de intervenciones no farmacológicas reduce la gravedad del dolor de parto, retrasa el uso de analgesia farmacológica y mejora algunos resultados obstétricos.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed

País	Brasil	Año de publicación	2018
Revista	Journal of physiotherapy	Autor/es	R. Barreto L. Santos A. Marcolini G. Duarte S. Quintana
Tipo de método	-Masoterapia. -Hidroterapia. -Balón kinésico	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorizado con asignación oculta, ciego
Muestra	<p>Total muestra: 80 participantes.</p> <p>División de subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40 participantes en grupo control - 40 participantes en grupo experimental 		
Descripción de la acción	<p>Se aplicaron 3 intervenciones no farmacológicas (ejercicio con pelota suiza, masajes y ducha de agua caliente) a las participantes del grupo experimental. Cada intervención se aplicó durante 40 minutos donde si aumentaba el nivel de dilatación en menos de este tiempo avanzaba a la siguiente intervención.</p> <p>La primera intervención fue balón kinésico en la fase latente. Se les indicó que realizaran ejercicios de movimiento pélvico mientras estaba sentado en una pelota de ejercicio suiza. Los ejercicios se</p>		

	<p>realizaron durante las contracciones uterinas por un período de 40 minutos. Los ejercicios con la pelota suiza incluyen movimiento de la cintura pélvica, con anteversión y retroversión activas, inclinación lateral, circunducción y propulsión de la pelvis.</p> <p>La segunda intervención de masoterapia se administró en la fase activa donde se masajeó al participante durante 40 minutos, utilizando movimientos rítmicos de manos de amasado ascendentes y un regreso con deslizamiento a través de la región lateral del tronco en asociación con la presión sacra. La técnica se aplicó entre T10 y S4. El participante determinaba la intensidad del masaje solicitando mayor o menor fuerza durante la ejecución de los movimientos. El participante también eligió su posición preferida para recibir el masaje (sentado, decúbito lateral o de pie con el tronco inclinado hacia adelante).</p> <p>Cuando la dilatación cervical era de 7 cm, se aplicó la tercera intervención de hidroterapia. El investigador principal llevó al participante a tomar una ducha tibia durante 40 minutos, con el agua a 37 °C y la supervisión del investigador principal.</p> <p>El grupo control recibió atención habitual.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con escala EVA durante el trabajo de parto.</p> <p>Balón kinésico:</p> <p>- Fase latente: Luego de aplicar la intervención, se ve que la percepción del dolor disminuyó momentáneamente en el grupo que utilizó balón kinésico.</p>

	<p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>- Fase activa: No se utiliza balón kinésico.</p> <p>Masoterapia</p> <p>- Fase latente: No se utiliza masoterapia.</p> <p>- Fase activa: Luego de aplicar la intervención, se ve que la percepción del dolor aumentó en el grupo que utilizó masoterapia.</p> <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>Hidroterapia</p> <p>- Fase latente: No se utiliza hidroterapia.</p> <p>- Fase activa: Luego de aplicar la intervención, se ve que la percepción del dolor disminuyó en el grupo que utilizó hidroterapia.</p> <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.</p>
<p>Resultados secundarios</p>	<p>Duración del trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente más rápida la segunda etapa del trabajo de parto en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Uso de analgesia:</p>

	<p>Las intervenciones experimentales ampliaron significativamente la etapa del trabajo de parto en la que la participante solicitó analgesia farmacológica.</p> <p>La dilatación cervical fue mayor al momento del uso de analgesia en el grupo experimental comparado con el grupo control.</p> <p>El uso de una dosis adicional de analgesia fue significativamente mayor en el grupo control comparado al grupo experimental.</p> <p>Apgar neonatal:</p> <p>Es significativamente mejor la puntuación en grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Satisfacción materna:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duración trabajo de parto - Uso de oxitocina - Peso RN - Talla RN - Vía de resolución del parto - Episiotomía - Desgarros 1er y 2do grado
Conclusión	<p>En conclusión, una serie de intervenciones no farmacológicas (ejercicios de pelota suiza, masaje, ducha tibia) administradas durante</p>

	<p>un máximo de 40 minutos cada una durante el trabajo de parto a partir de 4 cm de dilatación cervical tuvo varios beneficios significativos y clínicamente valiosos. Principalmente, las intervenciones redujeron la intensidad del dolor, lo que permitió a los participantes del estudio retrasar y reducir el uso de analgésicos. Las intervenciones fueron seguras, sin efectos adversos sobre los resultados obstétricos y leves mejoras en el estado del recién nacido. Las intervenciones también condujeron a una mayor satisfacción con la duración del trabajo de parto y la expulsión.</p>
--	---

Anexo 9: Ficha bibliográfica Artículo N°9.

Título	Intervenciones no farmacológicas durante el parto para el alivio del dolor, la ansiedad y los parámetros de estrés neuroendocrino		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Brasil	Año de publicación	2018
Revista	International Journal of Nursing Practice	Autor/es	A. Henrique M. Gabrielloni P. Rodney M. Barbieri
Tipo de método	-Hidroterapia -Balón kinésico	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio

<p>Muestra</p>	<p>Total muestra: 128 participantes</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 44 participantes en grupo GA (hidroterapia) - 45 participantes en grupo GB (balón kinésico) - 39 participantes en grupo GC (grupo intervención combinada) <p>En el seguimiento se excluyeron 9 participantes, siendo 117 usuarias las que completaron la fase de análisis.</p>
<p>Descripción de la acción</p>	<p>El grupo de hidroterapia recibió ducha tibia mediante chorros de agua tibia a 37°C hacia la región lumbosacra. Luego se aconsejó a las usuarias que adoptaran posiciones de pie o sentadas para un baño de 30 minutos y se les permitió tener un acompañante presente.</p> <p>Por otro lado, en el grupo de balón kinésico, los participantes fueron instruidos para sentarse sobre el balón de 60 cms de diámetro con las piernas flexionadas en 90°, rodillas separadas y pies apoyados en el piso firme y antideslizante, manteniendo movimientos de propulsión y rotación pélvica por 30 minutos, también permitiendo tener un acompañante presente.</p> <p>Por último, el grupo de intervención combinada usó hidroterapia con ducha de agua tibia sentado en la pelota realizando los ejercicios perineales durante 30 minutos.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con EVA antes y después de la intervención en la fase activa del trabajo de parto.</p>

	<p>Hidroterapia:</p> <p>-Fase latente: la intervención no se aplicó durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor aumenta al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo de balón kinésico y de terapia combinada, la percepción del dolor fue mayor en este grupo al aplicar la intervención.</p> <p>Balón kinésico:</p> <p>-Fase latente: la intervención no se aplicó durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor aumentó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo de hidroterapia y de terapia combinada, la percepción del dolor fue menor al aplicar esta intervención.</p> <p>Terapia combinada:</p> <p>-Fase latente: la intervención no se aplicó durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor aumentó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo de hidroterapia la percepción del dolor disminuyó al aplicar esta intervención.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>

<p>Resultados secundarios</p>	<p>Ansiedad:</p> <p>Fue significativamente mayor en el grupo con balón antes de la intervención que en los demás grupos, y mostró la mayor reducción de puntuación después de la intervención.</p> <p>El grupo de intervención combinada redujo significativamente la ansiedad durante el parto a comparación de los demás grupos</p> <p>Niveles de B-endorfina:</p> <p>Los niveles liberados durante el parto fueron significativamente mayores en el grupo con balón comparado a los demás grupos.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial. - Frecuencia cardíaca. - Frecuencia respiratoria. - Nivel de cortisol. - Nivel de epinefrina. - Nivel de noradrenalina
<p>Conclusión</p>	<p>Los datos muestran apoyo para el uso de estrategias no farmacológicas para obtener beneficios durante el parto. Por lo tanto, las duchas calientes y los ejercicios perineales deben considerarse como alternativas de terapia adyuvante para el dolor, la ansiedad y el estrés durante el parto. Al agregar intervenciones no farmacológicas en los entornos de atención del parto, las instituciones de atención médica brindan alternativas para la medicación durante el parto.</p>

	Estos eventos son comunes durante el parto y posiblemente el tamaño de la muestra influyó en la significancia. Por lo tanto, los investigadores sugieren que se realicen encuestas con muestras más grandes.
--	--

Anexo 10: Ficha bibliográfica Artículo N° 10.

Título	Los efectos de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea durante la primera etapa del trabajo de parto.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	China	Año de publicación	2021
Revista	BMC pregnancy and childbirth	Autor/es	A. Njogu S. Qin Y. Chen L. Hu Y. Luo
Tipo de método	TENS	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio, simple ciego
Muestra	Total muestra: 326 participantes. Subdivisión de grupos:		

	<ul style="list-style-type: none"> - 161 participantes en grupo experimental - 165 participantes en grupo control
Descripción de la acción	<p>El grupo experimental recibió terapia TENS durante la fase activa del trabajo de parto. La matrona instala dos pares de electrodos en ambos brazos (uno en el punto medio entre el primer y segundo hueso del carpo del lado dorsal y el otro 4 cm encima de la línea transversal media en la muñeca) y otros dos electrodos sobre las regiones paravertebrales a nivel de T10-L1 y S2-S4. También se colocaron dos transductores en el abdomen para monitorear la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas. Se usó TENS de alimentación biológica SRL 998 que produce corriente de 15 mA y tensión a circuito abierto de 300 V. Las frecuencia e intensidad se ajustaron según tolerancia máxima de la mujer y pudieron elegir su posición más cómoda y una persona para acompañarla.</p> <p>El grupo control recibió atención de rutina.</p>
Percepción del dolor	<p>Se midió con EVA durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>-Fase latente: no se aplicó la intervención durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención en el grupo experimental.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuye al usar la intervención.</p>
Reacciones adversas	No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.

materno/fetales	
Resultados secundarios	<p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente más corta la fase activa del trabajo de parto en el grupo experimental en comparación al grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilatación cervical - Apgar neonatal. - Uso de oxitocina - Hemorragia postparto - Peso del RN
Conclusión	Nuestros resultados indican que la terapia TENS se puede utilizar como una terapia no farmacológica para reducir el dolor de parto y acortar la duración de la fase activa. Además, el tratamiento parece seguro tanto para la madre como para el feto.

Anexo 11: Ficha bibliográfica Artículo N° 11.

Título	La eficacia de un programa de ejercicios de Pilates durante el embarazo sobre los resultados del parto: un ensayo clínico controlado aleatorizado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed

País	Irán	Año de publicación	2021
Revista	BMC pregnancy and childbirth	Autor/es	N. Yousefi M. Iravani A. Habibi B. Cheraghian
Tipo de método	Ejercicio pilates	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio, simple ciego
Muestra	<p>Total muestra: 110 primigestas.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 55 primigestas en grupos de intervención - 55 primigestas en grupo de control 		
Descripción de la acción	<p>En el grupo de intervención, se desarrolló un programa de ejercicios de Pilates y se realizó dos veces por semana durante 8 semanas desde las semanas 26 a 28 de gestación, siempre de acuerdo con las condiciones maternas. Eligieron un número del 6 al 20 en función de la intensidad del esfuerzo para realizar los ejercicios. Los ejercicios comenzaron con intensidad ligera y después de dos semanas de ajuste, la intensidad aumentó y si se estimaba que el ejercicio era intenso para la participante, no realizaba ese ejercicio y lo reemplazaba por uno más ligero. Durante las sesiones también se utilizaron ejercicios con pelotas y bandas de tela. Los ejercicios específicos del suelo pélvico, incluida la contracción de los músculos del suelo pélvico, se realizaron de forma intermitente con 5 a 10</p>		

	<p>repeticiones. Cada sesión incluía una fase de calentamiento (5 min), ejercicios de Pilates específicos para el embarazo (25 min) y la fase de vuelta al estado de relajación (5 min) en la que se realizaban técnicas de relajación. Después del ejercicio, las madres se acostaron sobre su lado izquierdo durante 30 min y descansaron. Las primeras 10 a 12 sesiones de entrenamiento se realizaron en presencia de un entrenador deportivo con grupos de 9 a 10 personas en el gimnasio. Sin embargo, las últimas 4 a 6 sesiones de entrenamiento se realizaron en casa bajo la supervisión de un instructor debido a la propagación del coronavirus.</p> <p>El grupo de control no realizó ningún ejercicio. Una vez cada dos semanas, el grupo de control recibió consejos de rutina sobre el embarazo por teléfono y participó en sus actividades diarias y no participó en ningún programa de ejercicio regular.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con EVA durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>-Fase latente: no se aplica la intervención durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor augmentó durante esta fase</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuyó al usar la intervención.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>

<p>Resultados secundarios</p>	<p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente menor la fase activa y la segunda etapa del trabajo de parto en los grupos intervenidos.</p> <p>Satisfacción:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo intervenido en comparación al grupo control sobre el proceso del parto</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de oxitocina - Episiotomía - Vía de resolución del parto - Apgar neonatal
<p>Conclusión</p>	<p>Según los resultados de este estudio, el ejercicio de Pilates durante el embarazo es un método seguro para reducir la duración de la fase activa y la segunda etapa del trabajo de parto, reducir el dolor de parto y aumentar la satisfacción materna con el proceso de parto. Sin embargo, el ejercicio de Pilates no redujo significativamente la necesidad de episiotomía y cesárea. No fue posible para nosotros evaluar resultados como la episiotomía y la duración de la fase activa y la segunda etapa, así como la severidad del dolor durante el trabajo de parto en algunas madres debido a la cesárea. Por lo tanto, los resultados de este estudio deben interpretarse con cautela. Aunque en este estudio realizar estos ejercicios durante el embarazo no provocó efectos secundarios para la madre y el bebé, se necesitan estudios más detallados con un tamaño de muestra más grande para</p>

	<p>probar la efectividad y seguridad de este ejercicio durante el embarazo. En futuros estudios, se recomienda que el ejercicio de Pilates se realice desde el inicio del segundo trimestre y continúe por más de 8 semanas en mujeres embarazadas. También se sugiere investigar el efecto de este ejercicio en mujeres embarazadas multíparas.</p>
--	--

Anexo 12: Ficha bibliográfica Artículo N° 12.

Título	Evaluación de diferentes dosis de estimulación nerviosa transcutánea para el alivio del dolor durante el parto: un ensayo controlado aleatorio.		
Idioma	Inglés y español	Base de datos	PubMed
País	España	Año de publicación	2018
Revista	BMC pregnancy and childbirth	Autor/es	A. Báez-Suárez E. Martín-Castillo J. García-Andújar J. García-Hernández M. Quintana-Montesdeoca J. Loro-Ferrer
Tipo de método	TENS	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio, doble ciego

Muestra	<p>Total muestra: 63 mujeres.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 21 mujeres en grupo TENS activo 1 - 21 mujeres en grupo TENS activo 2 - 21 mujeres en grupo placebo
Descripción de la acción	<p>Todos los grupos recibieron TENS en forma constante durante 30 minutos durante la fase activa del parto, las mujeres que estaban cómodas lo usaron por más tiempo, aunque el alivio del dolor solo se registró durante los primeros 30 minutos.</p> <p>El investigador 1 programó la unidad de TENS y fue el único que sabía si estaba activa o en modo placebo, una enfermera externa introdujo los datos y comprobó los dispositivos para asegurarse de que la dosis era la programada. Se fijaron dos pares de electrodos de 5x9 cm en las regiones paravertebrales T10-L1 y S2-S4. Se utilizaron TENS Cefar Rehab 2 pro. La intensidad del dispositivo se tituló individualmente según la sensibilidad de cada parturienta.</p> <p>El grupo TENS activo 1 tuvo pulso asimétrico bifásico modificado, y se ajustó a una anchura de pulso de 100 μs y una frecuencia de 100 H.</p> <p>En el grupo TENS activo 2, se emitía una forma de onda cuadrada bifásica, balanceada y asimétrica, con una frecuencia de estimulación mixta que variaba aleatoriamente entre 90 y 100 Hz, y tenía una duración de pulso de 350 μs.</p> <p>En el grupo placebo los participantes estaban conectados a la unidad TENS sin estimulación eléctrica.</p>

<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con EVA durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>TENS 1</p> <p>-Fase latente: no se aplicó la intervención durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo placebo, la percepción fue menor al aplicar la intervención.</p> <p>TENS 2</p> <p>-Fase latente: no se aplicó la intervención durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control y al TENS 1, la percepción del dolor fue menor en esta intervención.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.</p>
<p>Resultados secundarios</p>	<p>Satisfacción:</p> <p>Es significativamente mayor en grupos TENS activos que en grupo TENS placebo.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso del RN - Talla del RN

	<ul style="list-style-type: none"> - Circunferencia craneana del RN - Apgar neonatal - Desgarros 2do y 3er grado
Conclusión	<p>TENS es una opción no farmacológica, eficaz y segura para el alivio del dolor durante el parto. Con el uso de altas frecuencias modificadas en el tiempo (80-100 Hz) así como un alto ancho de pulso (350 μs), los resultados mostraron una diferencia clínica y estadísticamente significativa. El alivio del dolor durante el trabajo de parto aumentó los niveles de satisfacción en general, no solo los resultados de satisfacción relacionados con el momento del parto. A pesar de los resultados obtenidos, hay que tener en cuenta que son muchos los factores que influyen en el dolor durante el parto. Por lo tanto, no se puede asumir que el alivio del dolor y el nivel de satisfacción se deban únicamente al uso de TENS.</p>

Anexo 13: Ficha bibliográfica Artículo N° 13.

Título	El masaje y la aplicación de calor en el dolor y el confort del parto: Un estudio experimental controlado casi aleatorio.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Turquía	Año de publicación	2021
Revista	Explorer New York	Autor/es	H. Türkmen

			N. Tuna
Tipo de método	-Calor local -Masoterapia	Tipo de estudio	Estudio experimental controlado cuasi aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 90 primíparas.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 primíparas en grupo de aplicación de calor (HAG) - 30 primíparas en grupo de masaje (MG) - 30 primíparas en grupo de control (GC) 		
Descripción de la acción	<p>Cada grupo recibió atención estándar de partería en la primera etapa del trabajo de parto.</p> <p>En el grupo de calor local se aplicó continuamente durante 20 minutos. Para el calor local se usó termoformado. Es un método de aplicación de calor seco en la región de las vértebras sacras (S1-S4) mientras estaban sentadas o acostadas sobre el lado izquierdo que se aplicó cuando tenían 4-5, 6-7, 8-9 cm de dilatación. El termoformado se envuelve primero con una toalla para proteger del efecto directo de su superficie caliente. La temperatura media del agua utilizada en el termoformado fue de 50 °C, se midió con un termómetro líquido donde la temperatura superficial alcanzó alrededor de 40°C.</p> <p>En cuanto al grupo de masaje se aplicó durante 10 minutos de forma continua para evitar irritación en la zona. Se usó técnicas de roce y fricción a las partes laterales derecha e izquierda de 4-5 cm de la línea media en la región de las vértebras sacras (S1-S4) de las participantes,</p>		

	<p>mientras estaban sentadas o acostadas sobre el lado izquierdo (durante la dilatación cervical de 4-5, 6-7 y 8-9 cm).</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se utilizó la escala NRS durante el trabajo de parto, antes y después del parto.</p> <p>Calor local</p> <p>- Fase latente: Luego de aplicar la intervención, se ve que la percepción del dolor disminuyó en el grupo que recibió masoterapia. Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>- Fase activa: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor aumentó en el grupo que recibió masoterapia. Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido sólo al inicio de la fase activa.</p> <p>Masoterapia</p> <p>- Fase latente: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor aumentó en el grupo que recibió masoterapia. Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>- Fase activa: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor aumentó en el grupo que recibió masoterapia. Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido sólo al inicio de la fase activa.</p>
<p>Reacciones</p>	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>

adversas materno/fetales	
Resultados secundarios	<p>Comodidad:</p> <p>Es estadísticamente mayor en el grupo de calor local comparado al grupo control.</p> <p>Alivio:</p> <p>Es estadísticamente mayor en el grupo intervenido comparado al grupo control.</p>
Conclusión	<p>Se encontró que la aplicación de calor reduce la percepción del dolor de parto durante la dilatación cervical de 4–5 y 6–7 cm, mientras que la aplicación de masajes reduce la percepción del dolor de parto durante la dilatación cervical de 6–7 cm. A medida que avanzaba el trabajo de parto, la puntuación media de comodidad de las mujeres embarazadas disminuyó. Esta disminución fue mayor en GC que en HAG y MG. Estos resultados indican que la aplicación de calor y el masaje se pueden utilizar de manera segura y eficaz como intervención de partería para reducir la percepción del dolor en las mujeres embarazadas y brindarles comodidad durante el proceso de parto. Se necesitan estudios adicionales para evaluar los efectos del masaje y la aplicación de calor en la primera etapa del parto, la reducción en la percepción del dolor del parto y el aumento en el nivel de comodidad.</p>

Anexo 14: Ficha bibliográfica Artículo N° 14.

Título	El efecto de la acupresión sobre el dolor de parto y la duración del trabajo de parto cuando se aplica al punto SP6: ensayo clínico aleatorizado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Turquía	Año de publicación	2018
Revista	Japan Journal of Nursing Science	Autor/es	H. Türkmen E. Çeber
Tipo de método	Acupresión	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio simple ciego
Muestra	<p>Total muestra: 60 mujeres primíparas.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 mujeres primíparas en grupo experimental - 30 mujeres primíparas en grupo control 		
Descripción de la acción	<p>En el grupo experimental se aplica acupresión en el punto SP6 (3 o 4 dedos por encima de los huesos del maléolo medial en ambas piernas) desde el inicio al término de cada contracción uterina durante la fase activa del trabajo de parto, con las participantes sentadas o acostadas sobre el lado izquierdo. Se aplicó aproximadamente 90 veces.</p> <p>En el grupo control solo se realizó presión con el pulgar en el punto SP6, desde el inicio al término de cada contracción uterina durante la fase activa del trabajo de parto, con las participantes sentadas o</p>		

	acostadas sobre el lado izquierdo. Se aplicó aproximadamente 90 veces.
Percepción del dolor	<p>Se midió con escala NRS durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>-Fase latente: no se realiza la intervención en esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor aumentó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control la percepción del dolor se mantuvo al aplicar la intervención</p>
Reacciones adversas materno/fetales	No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.
Resultados secundarios	<p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Satisfacción:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p>
Conclusión	Este estudio reveló que la presión aplicada en el punto SP6 reduce el dolor de parto percibido por las mujeres en trabajo de parto y reduce la duración de la etapa activa de la primera etapa del trabajo de parto y la duración total del trabajo de parto. Además, el estudio sugiere que las mujeres embarazadas estaban satisfechas con la aplicación de presión en el punto SP6 durante el trabajo de parto, y encontraron

	<p>que este método era efectivo para aliviar el dolor en comparación con el grupo de control que solo tocó el SP6. Las mujeres del grupo experimental tenían más probabilidades de recomendar este método a otras mujeres embarazadas. Se necesitan más estudios para evaluar las opiniones de las mujeres sobre recibir acupresión durante el trabajo de parto en relación con el alivio del dolor y los efectos positivos.</p>
--	--

Anexo 15: Ficha bibliográfica Artículo N° 15.

Título	Efectos de la acupresión del oído y del cuerpo sobre el dolor de parto y la duración de la fase activa del trabajo de parto: un ensayo controlado aleatorizado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Irán	Año de publicación	2020
Revista	Complementary Therapies in Medicine	Autor/es	Z. Alimoradi F. Kazemia M. Gorji M. Valiani
Tipo de método	Acupresión	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio de tres brazos
Muestra	Total muestra: 90 nulíparas.		

	<p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 nulíparas en grupo control - 30 nulíparas en grupo con acupresión corporal - 30 nulíparas en grupo con acupresión de oído
<p>Descripción de la acción</p>	<p>Los participantes en el grupo de acupresión corporal recibieron acupresión en los puntos GB21 (Jian Jing), GB30 (Huan Tiao), BL32 (Ciliao), LI4 (Hegu) y SP6 (San Yin Jiao). Cada uno de estos puntos se comprimió bilateralmente con el pulgar durante dos minutos en tres puntos de tiempo, es decir, en la dilatación cervical de cuatro, seis y ocho centímetros. La cantidad de presión sobre cada punto fue tal que un tercio del lecho de la uña del pulgar quedó blanqueado.</p> <p>Para los participantes en el grupo de acupresión del oído, las semillas de Vaccaria específicas de la auriculoterapia adhesiva se unieron unilateralmente a la aurícula izquierda en los puntos de acupuntura cero, genitales, Shen Men, talámico, prostaglandina, oxitocina y útero 1 y 2. Cada treinta minutos, las semillas se comprimieron con los dedos durante treinta segundos en una secuencia específica (prostaglandina, oxitocina, talámico, punto cero, genitales externos, Shen Men, útero 1 y 2) para todos los sujetos.</p> <p>Las participantes en el grupo de control sólo recibieron servicios de atención de maternidad de rutina que no incluyeron acupresión.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con EVA durante el trabajo de parto.</p> <p>Acupresión de oído:</p> <p>-Fase latente: no hay datos para comparar la percepción del dolor al</p>

	<p>aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo de acupresión corporal, la percepción del dolor fue menor. al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor fue mayor al aplicar la intervención.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo de acupresión corporal y al grupo control, la percepción del dolor fue menor al aplicar la intervención.</p> <p>Acupresión corporal:</p> <p>-Fase latente: no hay datos para comparar la percepción del dolor al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo de acupresión del oído y al grupo control, la percepción del dolor fue mayor al aplicar la intervención.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo de acupresión de oído, la percepción del dolor fue mayor al aplicar la intervención, pero comparado al grupo control la percepción del dolor fue menor al aplicar la intervención.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Duración trabajo de parto:</p>

secundarios	<p>Es significativamente la fase activa del trabajo de parto menor en acupresión del oído en comparación a la acupresión corporal y grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apgar neonatal - Peso del RN
Conclusión	<p>Este estudio sugiere que la acupresión del oído y la acupresión del cuerpo son efectivas para reducir el dolor de parto, pero la acupresión del oído, en comparación con la acupresión del cuerpo, puede acortar la fase activa del trabajo de parto de manera más efectiva. Dada la mayor simplicidad y la aplicabilidad más fácil de la acupresión del oído en comparación con la acupresión corporal, se puede utilizar para reducir el dolor de parto, acortar la fase activa del trabajo de parto y, por lo tanto, convertir el parto vaginal normal en una experiencia menos estresante para las mujeres.</p>

Anexo 16: Ficha bibliográfica Artículo N° 16.

Título	El efecto de mostrar imágenes del feto con el vidrio de realidad virtual durante el proceso de parto sobre el dolor de parto, la percepción del parto y la ansiedad.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Turquía	Año de publicación	2021

Revista	Journal of Clinical Nursing	Autor/es	B. Akin M. Yilmez Z. Küçükaydin K. Güzel
Tipo de método	Realidad virtual	Tipo de estudio	Estudio experimental controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 100 primíparas.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 primíparas en el grupo de intervención. - 50 primíparas en el grupo de control. 		
Descripción de la acción	<p>En el grupo de intervención a las 28 semanas de gestación si la posición del bebé era adecuada, se grabaron imágenes de video en el teléfono de la mujer embarazada mirando la cara del bebé con la ayuda de una sonda 3D/4D en una sesión de ultrasonido que tomó 15-20 minutos en total. A estas mujeres embarazadas se les pidió que llevaran su teléfono con el que se grabó el video al trabajo de parto. Cuando las gestantes se pusieron de parto, fueron hospitalizadas y estas imágenes bidimensionales se convertían en imágenes tridimensionales a través de una aplicación instalada en el teléfono de la madre y se le mostraba con unas gafas de realidad virtual 3D VR Box una tras otra. En los casos en que el programa no era compatible con el teléfono de la madre, se visualizaba en el teléfono de la investigadora.</p>		

	En el grupo de control se realizó atención de rutina.
Percepción del dolor	<p>Se midió con EVA durante el trabajo de parto.</p> <p>-Fase latente: no hay datos para comparar la percepción del dolor al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor fue menor al aplicar la intervención.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor augmentó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p>
Reacciones adversas materno/fetales	Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.
Resultados secundarios	<p>Ansiedad:</p> <p>Es significativamente más baja en el grupo experimental comparado al grupo control</p> <p>Satisfacción:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duración trabajo de parto. - Peso del RN.

	- Talla del RN.
Conclusión	Los resultados de este estudio muestran que mostrar imágenes del feto a la futura madre durante el parto redujo el nivel de dolor y ansiedad percibido y afectó positivamente la percepción del parto.

Anexo 17: Ficha bibliográfica Artículo N° 17.

Título	El efecto del sonido del ney (flauta de caña) en mujeres en trabajo de parto en Bursa, Turquía.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Turquía	Año de publicación	2020
Revista	Journal Of Pakistan Medical Association	Autor/es	K. Amanak
Tipo de método	Musicoterapia	Tipo de estudio	Estudio experimental aleatorio simple ciego de caso y control.
Muestra	Total muestra: 30 gestantes. Subdivisión de grupos: <ul style="list-style-type: none"> - 15 gestantes en grupo caso (GA) - 15 gestantes en grupo control (GB). 		

<p>Descripción de la acción</p>	<p>El grupo caso fueron expuestas a 30 minutos de música instrumental ney tocada en el ritmo modal de Segah, que es un tipo de música turca que se ha utilizado en el tratamiento de enfermedades desde tiempos remotos. Para este fin se utilizó un pequeño reproductor de discos compactos (CD) portátil. El mismo patrón se repitió 3 veces, cada ronda duró 30 minutos de música ney, seguida de 30 minutos de intermedio.</p> <p>En el grupo control se realizó atención de rutina.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con EVA durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>-Fase latente: No hay datos de percepción del dolor durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor aumenta al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor fue menor al aplicar la intervención</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>
<p>Resultados secundarios</p>	<p>Dilatación cervical:</p> <p>Es significativamente mayor en grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Borramiento cervical:</p> <p>Es significativamente mayor en grupo experimental comparado al grupo control.</p>

	<p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Ansiedad:</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Contracciones uterinas:</p> <p>Fueron significativamente mayores en intensidad, número y duración en el grupo experimental comparado al grupo control.</p>
Conclusión	<p>Cuando las mujeres en trabajo de parto fueron expuestas al sonido del ney, produjo un impacto positivo en los datos del examen vaginal, la duración del trabajo de parto y el dolor y la ansiedad experimentados durante el proceso de parto. El sonido del ney se puede utilizar para hacer del parto una experiencia satisfactoria para las mujeres embarazadas.</p>

Anexo 18: Ficha bibliográfica Artículo N° 18.

Título	Comparación del efecto del masaje sueco y la estimulación eléctrica interferencial sobre el dolor de parto y la experiencia del parto en mujeres primíparas: un ensayo clínico controlado y aleatorizado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Irán	Año de publicación	2021

Revista	Archives of Gynecology and Obstetrics	Autor/es	M. Maghalian M. Mirghafourvand F. Ghaderi S. Abbasalizadeh S. Pak M. Kamalifard
Tipo de método	-Masoterapia. -TENS.	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 90 mujeres primíparas.</p> <p>Subdivisión de grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 mujeres primíparas en grupo SM (masoterapia) - 30 mujeres primíparas en grupo IES (TENS) - 30 mujeres primíparas en grupo control. 		
Descripción de la acción	<p>El grupo SM recibió masaje effleurage 30-45 minutos en los niveles T10-S4 a 5 cm distales de áreas para espinales, con movimientos ascendentes entrecruzados + movimientos circulares en sentido del reloj con palma o pulgar + presión ligera con movimientos rápidos con nudillos. Luego a nivel T10-S4 por el mismo tiempo recibió masaje petrissage con técnicas de amasado y enrollado horizontal o vertical.</p> <p>Se aplicaron a ritmo lento y con presión baja con gestante sentada o acostada de lado o en la posición que prefería. Se utilizó aceite de oliva como lubricante para masajear a cada participante.</p>		

	<p>El grupo IES recibió 30-45 minutos de estimulación eléctrica con frecuencia base de 4000 Hz y frecuencia de pulso de 80-120 Hz y duración de pulso de 50-60 us por fisioterapeuta en T10-L1 a 5 cm distal de áreas para espinales. Luego recibió la misma intervención a nivel S2-S4</p> <p>El grupo control solo recibió atención de rutina.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con EVA durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>Masoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase latente: No se aplicó masoterapia. - Fase activa: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor augmentó en el grupo que recibió masoterapia. <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>TENS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase latente: No se aplicó masoterapia. - Fase activa: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor augmentó en el grupo que recibió masoterapia. <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.</p>

<p>Resultados secundarios</p>	<p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente menor la fase activa de trabajo de parto en el grupo SM comparado al grupo IES y grupo control.</p> <p>Experiencia del parto:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo SM comparado al grupo control</p> <p>Satisfacción:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo SM comparado al grupo control</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apgar neonatal. - Frecuencia cardíaca fetal. - Hemorragia postparto. - Episiotomía. - Vía de resolución del parto
<p>Conclusión</p>	<p>Los resultados de este estudio demuestran que el SM y el IES son métodos seguros que pueden reducir significativamente el dolor y la duración de la fase activa, mejorar la experiencia del parto y la satisfacción. Los resultados finales de ambos grupos de intervención fueron los mismos. Por lo tanto, estas intervenciones pueden considerarse como alternativas y ambos métodos son útiles para las mujeres en trabajo de parto.</p>

Anexo 19: Ficha bibliográfica Artículo N° 19.

Título	La dilatación cervical más adecuada para que el masaje reduzca el dolor y la ansiedad del parto: un ensayo clínico aleatorizado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Irán	Año de publicación	2022
Revista	BMC Womens Health	Autor/es	S. Shahbazzadegan R. Nikjou
Tipo de método	Masoterapia	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 60 embarazadas nulíparas.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 embarazadas nulíparas en grupo experimental - 30 embarazadas nulíparas en grupo control 		
Descripción de la acción	<p>El grupo de intervención se aplicó masaje de espalda 3 veces a los 5, 7 y 9 cm de dilatación durante la fase activa. El masaje se realizó en la posición deseada por la madre en sala privada de parto. Se realizó masaje de Kimber entre T10 y S4 durante 20 minutos cada vez. El mismo investigador realizó el masaje.</p> <p>En el grupo control se realizó atención de rutina y fueron acompañados por el investigador también.</p>		

<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con EVA durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase latente: No se aplicó masoterapia. - Fase activa: Luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor disminuyó en el grupo que recibió masajes sólo al inicio de la fase activa. <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.</p>
<p>Resultados secundarios</p>	<p>Ansiedad:</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duración trabajo de parto.
<p>Conclusión</p>	<p>El tiempo de masaje más eficaz para reducir el dolor del parto se observó en la dilatación cervical de 7 cm. Para favorecer el parto vaginal y promover la salud materna, se recomienda el masaje en la dilatación cervical de 7 cm como atención rutinaria, especialmente en mujeres nulíparas. La aplicación del masaje también puede reducir la ansiedad materna.</p>

Anexo 20: Ficha bibliográfica Artículo N° 20.

Título	Efectos de las inyecciones intradérmicas de agua estéril en mujeres con dolor lumbar durante el parto: un ensayo clínico aleatorio y controlado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Turquía	Año de publicación	2018
Revista	Balkan Medical Journal	Autor/es	R. Genc N. Demirci A. Ender S. Salaman Y. Tahsin Y. Tosun C. Tayfur
Tipo de método	Inyección intradérmica no farmacológica con agua estéril	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 168 mujeres.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 84 mujeres en grupo experimental (SWI) - 84 mujeres en grupo control 		

<p>Descripción de la acción</p>	<p>Se realizan dos inyecciones de agua estéril en cada gestante del grupo experimental. Las primeras inyecciones se aplican en las espinas ilíacas posterosuperiores (en ambos lados) y las segundas 1 cm medial y 1-2 cm inferior a las primeras inyecciones (en ambos lados), utilizando una aguja de insulina. Las inyecciones se aplicaron en ambos lados simultáneamente y en el punto álgido de las contracciones por dos matronas.</p> <p>Los participantes del grupo de control recibieron 4 inyecciones secas en la misma región, y el grupo experimental recibió 4 inyecciones intradérmicas de 0,1 ml de agua estéril en la misma región.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con EVA durante el trabajo de parto.</p> <p>-Fase latente: la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor fue menor al aplicar la intervención.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Satisfacción:</p>

secundarios	<p>Es significativamente mayor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de analgesia. - Vía de resolución del parto. - Apgar neonatal. - Lactancia.
Conclusión	<p>En conclusión, la inyección de agua estéril para el dolor de parto es un método sencillo, rentable, fácilmente accesible, seguro y prometedor en los países en desarrollo que tienen tasas más altas de partos totales y rurales y de cesáreas. Parece ser un método eficaz y sencillo para tratar el dolor lumbar antagonista durante el parto, especialmente en entornos de bajos recursos. Proporciona un efecto analgésico que dura hasta 120 minutos, no afecta al estado de conciencia y puede disminuir la necesidad de analgesia epidural. No limita la movilidad de la madre. Además, no interfiere en el progreso del parto ni en la capacidad de empujar y puede realizarse en partos domiciliarios y en centros de parto extrahospitalarios por una enfermera o comadrona, sin necesidad de un anestesista. Además, a diferencia de los narcóticos, no provoca vómitos ni depresión neonatal, y no causa somnolencia ni náuseas, como sí lo hace el óxido nitroso.</p>

Anexo 21: Ficha bibliográfica Artículo N° 21.

Título	Analgesia de realidad virtual en el parto: el estudio piloto de VRAIL- Un ensayo preliminar controlado aleatorio que surgiere el beneficio analgésico de la realidad virtual inmersiva en mujeres que dan a luz sin medicación		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	EEUU	Año de publicación	2019
Revista	Anesthesia & Analgesia	Autor/es	D. Frey M. Bauer C. Bell L. Low A. Hassett R. Cassidy K. Boyer S. Sharar
Tipo de método	Realidad virtual	Tipo de estudio	Estudio prospectivo aleatorizado, controlado, contrabalanceado, cruzado
Muestra	Total muestra: 27 pacientes. Subdivisión de grupos: - Grupo con realidad virtual		

	<p>- Grupo sin realidad virtual</p> <p>En el artículo no se detalla el total de participantes en cada subdivisión de grupo.</p>
Descripción de la acción	<p>Para el grupo con realidad virtual se desarrolló un sistema de realidad virtual inmersivo e interactivo usando una pantalla montada en la cabeza Samsung Gear VR alimentada por un teléfono Galaxy S7, un control manual y auriculares reductores de ruido alimentados por un teléfono paralelo S5. El estudio comenzó después de las puntuaciones de dolor de contracción regulares de 4/10. Cada condición duró 10 minutos (o 3 contracciones) para replicar los tiempos de exposición a la RV estudiados previamente para el dolor agudo. La orientación al dispositivo y las instrucciones duraron < 60segundos. Cada paciente experimentó la misma escena de manatíes curiosos de la simulación de buceo Ocean Rift con sonidos de llamadas de manatíes y respiración bajo el agua. Se suministró música relajante adicional del sueño nocturno por Brain.fm La entrada del usuario consistía en el seguimiento de la cabeza y un control de mano que simulaba la toma de fotos bajo el agua. Después de cada condición, los pacientes completaron los cuestionarios.</p> <p>El grupo sin realidad virtual solo recibió atención de rutina</p>
Percepción del dolor	<p>Se midió usando NRS durante el trabajo de parto.</p> <p>No especifica fase.</p> <p>La percepción del dolor es menor en el grupo de realidad virtual, comparado al grupo sin realidad virtual.</p>

Reacciones adversas materno/fetales	<p>Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.</p>
Resultados secundarios	<p>Satisfacción:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Ansiedad:</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p>
Conclusión	<p>Los resultados de este estudio piloto apoyan el concepto de que la RV del consumidor puede ser una modalidad no farmacológica accesible y útil para el tratamiento del dolor y la ansiedad durante el parto sin efectos secundarios importantes, y apoya la necesidad de seguir investigando. El desarrollo futuro de las aplicaciones de RV en las parturientas, ya sea sola o como terapia complementaria, debería centrarse en la facilidad de uso y el diseño intuitivo, la educación prehospitalaria, los entornos virtuales a medida, la adaptabilidad a las distintas posiciones de la paciente, bio retroalimentación motivacional positiva, tareas orientadas a objetivos, incluidos los cambios de posición y la movilidad, y un contenido emocionalmente atractivo para las parturientas.</p>

Anexo 22: Ficha bibliográfica Artículo N° 22.

Título	El efecto de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea sobre la gravedad del dolor de parto en mujeres nulíparas: un ensayo clínico.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Irán	Año de publicación	2018
Revista	Complementary Therapies in Clinical Practice	Autor/es	R. Shahoei S. Shahghebi M. Rezaei S. Nasqshbandi
Tipo de método	TENS	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Descripción de la acción	<p>En el grupo experimental se colocaron los electrodos de TENS en una zona comprendida entre la décima vértebra torácica y la primera vértebra lumbar a 5 cm de la línea vertebral media (dos electrodos). Se colocaron dos electrodos simétricamente entre la segunda y la cuarta vértebra lumbosacra a 5 cm de la columna vertebral. A continuación se encendió el dispositivo TENS. El voltaje de la corriente eléctrica se incrementó hasta que la madre expresó que sentía un pequeño cosquilleo en la zona de los electrodos. El voltaje se fijó entonces en ese nivel.</p> <p>En el grupo de placebo, los electrodos de TENS se colocaron en los mismos dermatomos del grupo de intervención, pero no se estableció</p>		

	<p>ninguna corriente eléctrica.</p> <p>En el grupo de control, no se aplicó ningún dispositivo y sólo se proporcionó atención rutinaria a las mujeres en la sala de partos.</p>
Muestra	<p>Total muestra: 90 mujeres nulíparas.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 mujeres nulíparas en grupo experimental - 30 mujeres nulíparas en grupo placebo - 30 mujeres nulíparas en grupo control.
Percepción del dolor	<p>Se midió con EVA durante el trabajo de parto y parto.</p> <p>- Fase latente: la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo placebo y al grupo control, la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>- Fase activa: la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo placebo y al grupo control, la percepción del dolor disminuyó al aplicar la intervención.</p> <p>- Expulsivo: Comparado al grupo placebo y al grupo control, la percepción del dolor fue menor al aplicar la intervención.</p>
Resultados adversos materno/fetales	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>

Resultados secundarios	Resultados no significativos: <ul style="list-style-type: none"> - Apgar neonatal. - Duración trabajo de parto. - Peso del RN. - Circunferencia craneana del RN. - Hemorragia postparto.
Conclusión	<p>Se debería educar a estudiantes de la salud sobre el uso de TENS como método seguro para aliviar el dolor durante el parto y animar a las mujeres a elegir el parto normal como método para parto normal. Por tanto, el parto se convierte en una experiencia favorita en hospitales amigos de las madres y se reducen las solicitudes de parto por cesárea debido al miedo al dolor del parto. Familiarizar a las mujeres con el dolor del parto y educarlas de parto y la educación sobre el periodo previo al mismo son necesarios para promover métodos de alivio del dolor no farmacológicos y aliviar su miedo al dolor del parto.</p>

Anexo 23: Ficha bibliográfica Artículo N° 23.

Título	Eficacia de una ayuda ergonómica para el apoyo del tobillo en posición de cuclillas para mejorar las habilidades de pujo y los resultados del parto durante la segunda etapa del parto: un estudio aleatorio, ensayo controlado.
---------------	---

Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	Taiwan	Año de publicación	2018
Revista	The Journal of Nursing Research	Autor/es	Y. Lin M. Gau G. Kao H. Lee
Tipo de método	Ayuda ergonómica	Tipo de estudio	Estudio controlado aleatorio sin ciego.
Muestra	<p>Total muestra: 174 gestantes.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 58 gestantes en grupo experimental - 58 gestantes en grupo de comparación A - 58 gestantes en grupo de comparación B 		
Descripción de la acción	<p>En el grupo experimental se usa dispositivo de soporte de madera contrachapada de >1 cm de espesor con una base que mide 60 x 60 cm y dos pares de plataformas de soporte para sentadillas con un ángulo de 22,5° para arco normal y 33° para soporte de arco plano, además la superficie de los estribos estaba equipada con almohadillas antideslizantes con un espejo entre las placas emparejadas para ver el descenso de la cabeza fetal. Después de la dilatación cervical completa y cuando la cabeza del feto había descendido al menos</p>		

	<p>hasta el +1 y se había girado a la posición occipital anterior, se pidió al grupo experimental que empujara en la posición de cuclillas mientras utilizaba el soporte de tobillo diseñado ergonómicamente hasta la presentación de una sección de la cabeza fetal de 2-3 cm donde fueron trasladadas a la sala de partos para terminar el proceso en posición semi acostada.</p> <p>A efectos de comparación, al grupo de comparación A se le pidió que empujara en la posición de cuclillas sin utilizar el soporte, y al grupo de comparación B se le pidió que empujara en una posición semi acostada estándar sin utilizar el soporte.</p>
Percepción del dolor	<p>Se midió con EVA durante la segunda etapa del trabajo de parto.</p> <p>- expulsivo: la percepción del dolor fue menor en el grupo de intervención comparado al grupo de comparación A y B.</p>
Reacciones adversas materno/fetales	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>
Resultados secundarios	<p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Experiencia del parto:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Vía de resolución del parto. - Desgarros. - Hemorragia postparto. - Apgar neonatal. - Peso del RN.
Conclusión	<p>En comparación con la postura en cuclillas sin apoyo y con el pujo semi recostado, la postura en cuclillas con la ayuda de soportes de tobillo diseñados ergonómicamente redujo el tiempo de pujo, mejoró el dolor del parto y la experiencia del pujo. Por tanto, esta intervención puede reducir las necesidades de cuidados de las mujeres durante la segunda fase del parto. Esta intervención puede introducirse en los programas de formación de matronas y en la práctica clínica como método para mejorar la atención a las mujeres durante la segunda fase del parto.</p>

Anexo 24: Ficha bibliográfica Artículo N° 24.

Título	Efecto de la hoja de ruta del parto sobre la ansiedad, el dolor del parto, la sensación de control y los resultados gestacionales en primíparas.		
Idioma	Inglés	Base de datos	PubMed
País	China	Año de publicación	2020

Revista	Complementary Therapies in Clinical Practice.	Autor/es	N. Wu R. Huang S. Shan Y. Li H. Jiang
Tipo de método	Balón kinésico	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 102 primíparas.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 51 primíparas en grupo de intervención - 51 primíparas en grupo control 		
Descripción de la acción	<p>En el grupo experimental, cuando la dilatación cervical alcanzaba los 3 cm, las mujeres ingresaban a la sala de partos única, donde hubo una doula que orientó a las mujeres a utilizar la pelota de parto con posiciones libres según la hoja de ruta del trabajo de parto. Se instruyó a las mujeres para que mantuvieran una posición libre de acuerdo con la hoja de ruta del trabajo de parto, se sentaran y mecieran las caderas hacia arriba y hacia abajo o en círculos, y que pusieran la pelota en la cama de parto y luego se pararan e inclinaran sobre ella. También se les indicó que se arrodillaran sobre la colchoneta y se acostaran sobre la pelota y luego se acostaran de lado con la pelota de maní. Suministraron bolas de nacimiento, bolas de maní y bolas de donas para que las mujeres eligieran diferentes posiciones para aliviar el</p>		

	<p>dolor.</p> <p>En el grupo control, cuando la dilatación del cuello uterino era de 3 cm, las mujeres ingresaban a la sala de partos única, donde la doula enseñó a las mujeres a respirar y luego las mujeres se acostaron en la cama hasta que la dilatación cervical fue de 10 cm. Cuando las mujeres querían cambiar de posición, la doula simplemente la dejaba acostarse de lado.</p> <p>Las mujeres de ambos grupos recibieron atención clínica general.</p>
Percepción del dolor	<p>Se midió con EVA durante la fase activa del trabajo de parto solo una vez.</p> <p>-Fase latente: no se aplica la intervención durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: no hay datos antes de la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor fue menor al aplicar la intervención.</p>
Complicaciones materno/fetales	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>
Resultados secundarios	<p>Ansiedad:</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente menor en la primera etapa del trabajo de parto en el grupo experimental comparado al grupo control.</p>

	<p>No es significativo en las otras etapas del parto.</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental en su totalidad de duración comparado al grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia postparto. - Apgar neonatal. - Peso del RN.
Conclusión	<p>El estudio mostró que la hoja de ruta del trabajo de parto con el método del balón de parto era segura y no tenía efectos secundarios. Los hallazgos indicaron que la intervención sería más eficiente para mejorar el proceso del trabajo de parto y podría ser un método efectivo para mejorar el autocontrol y reducir el dolor y la ansiedad entre las mujeres durante el trabajo de parto e incluso 2 horas después del parto.</p>

Anexo 25: Ficha bibliográfica Artículo N° 25.

Título	Determinación del efecto de la inhalación y la terapia de masaje con aceite esencial de lavanda sobre la gravedad del dolor de parto percibido en mujeres primíparas: un ensayo controlado aleatorio.		
Idioma	Inglés	Base de datos	ScienceDirect
País	Turquía	Año de publicación	2022

Revista	Explore	Autor/es	S. Karatopuk F. Yarici
Tipo de método	-Masoterapia -Aromaterapia	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio, con triple ciego
Muestra	<p>Total muestra: 121 gestantes.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 37 gestantes en grupo de masaje - 44 gestantes en grupo de aromaterapia - 40 gestantes en grupo control 		
Descripción de la acción	<p>El extracto de lavanda utilizado en el estudio se elaboró con Lavándula angustifolia Miller y sus componentes principales linalol 73,3% y acetato de linalilo 41,6% fueron suministrados por KRK Food.</p> <p>El grupo de masaje recibió compresión sacra y masajes circulares en la región inferior de la cintura por 10 - 15 min con aceite de lavanda. Se utilizaron 2 gotas de aceite de lavanda, disueltas en 50 cc de aceite de almendras, se aplicó el masaje en posición lateral y solo en cintura.</p> <p>Para el grupo de aromaterapia se diluye el aceite de lavanda en agua destilada en una proporción de 1:10. Luego, se les aplicó 2 gotas en las palmas de las manos usando un gotero para goteo, se les pidió que frotaran y olieran el aroma por 3 minutos con una distancia de 2.5 a 5 cm de la cara. Finalmente, se les pidió a las gestantes que se lavaran las manos y se ventiló la habitación.</p>		

<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se midió con Escala Visual Análoga (EVA) durante el trabajo de parto.</p> <p>Masoterapia</p> <p>- Fase latente: luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor disminuyó en el grupo que recibió la masoterapia.</p> <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>- Fase activa: luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor disminuyó en el grupo que recibió la masoterapia.</p> <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>Aromaterapia</p> <p>- Fase latente: luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor disminuyó en el grupo que recibió la aromaterapia.</p> <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p> <p>- Fase activa: luego de aplicar la intervención se ve que la percepción del dolor disminuyó en el grupo que recibió la aromaterapia.</p> <p>Comparado al grupo control se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Duración trabajo de parto:</p>

<p>secundarios</p>	<p>Es significativamente menor la fase latente en los grupos intervenidos que en el grupo control.</p> <p>Lactancia materna:</p> <p>Es significativamente mayor los primeros 30 minutos de vida en los grupos intervenidos que en el grupo control</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad. - Satisfacción. - Apgar neonatal.
<p>Conclusión</p>	<p>Los resultados de la investigación han revelado que la terapia de masaje e inhalación aplicada con aceite de esencia de lavanda es eficaz para aliviar el dolor de parto percibido. La terapia de masaje e inhalación aplicada con aceite de esencia de lavanda a lo largo del proceso de parto ayudó a la sintonía de las embarazadas con el dolor del parto sin causar efectos secundarios, disminuyó la duración de la fase latente en la primera etapa del parto y permitió a la madre amamantar al bebé en el período posparto temprano. En este contexto, la aromaterapia destaca como un método que puede utilizarse para la sintonización con el dolor del parto en lugar de los métodos farmacológicos, debido a su facilidad de uso, su seguridad y su bajo costo. Para las aplicaciones más comunes de la aromaterapia, las matronas deberían recibir apoyo con formaciones en servicio sobre los métodos no farmacológicos utilizados en el parto. Además, se necesitan más estudios aleatorios, controlados y basados en la</p>

	evidencia que evalúen los efectos de los métodos no farmacológicos, como la aromaterapia, sobre el dolor del parto.
--	---

Anexo 26: Ficha bibliográfica Artículo N° 26.

Título	Efectos de la acupresión y la ducha aplicada en el parto sobre la intensidad del dolor de parto y el confort posparto.		
Idioma	Inglés	Base de datos	ScienceDirect
País	Turquía	Año de publicación	2022
Revista	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology	Autor/es	A. Solt D. Kanza
Tipo de método	-Acupresión -Hidroterapia	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	Total muestra: 120 gestantes. Subdivisión de grupos: <ul style="list-style-type: none"> - 40 gestantes en grupo de acupresión - 40 gestantes en grupo de hidroterapia 		

	- 40 gestantes en grupo control
Descripción de la acción	<p>Las intervenciones se aplicaron durante las contracciones: 6 veces al inicio de la fase activa, 6 veces durante la fase activa y 6 veces al final de la fase activa. Las aplicaciones se detuvieron al final de cada contracción y se reanudaron una vez que comenzó otra contracción.</p> <p>En el grupo de acupresión se aplicó una presión de rotación profunda en los puntos BL32 (zona sacra) hasta que el color del lecho ungueal cambió para evitar molestias en los participantes.</p> <p>En el grupo de hidroterapia las participantes se ducharon de pie durante las contracciones uterinas por 20 minutos aproximadamente. Las mujeres eligieron un rango de temperatura del agua entre 32 °C y 37 °C. La temperatura del agua se controló con un termómetro.</p> <p>Las mujeres en el grupo de control se sometieron a atención hospitalaria de rutina. No se administraron métodos farmacológicos ni no farmacológicos para reducir el dolor de parto</p>
Percepción del dolor	<p>Se midió con Escala Visual Análoga (EVA) durante el trabajo de parto.</p> <p>Acupresión:</p> <p>-Fase latente: la percepción del dolor se mantiene al usar la intervención.</p> <p>Comparado a los demás grupos no hay diferencias.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor disminuye al usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuye al usar la intervención.</p>

	<p>Hidroterapia:</p> <p>-Fase latente: la percepción del dolor disminuye al usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control y de acupresión, al usar la intervención la percepción del dolor disminuye.</p> <p>-Fase activa: La percepción del dolor disminuye al usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuye al usar la intervención.</p>
Reacciones adversas materno/fetales	Se menciona que no hubo reacciones adversas materno - fetales al aplicar la acción no farmacológica.
Resultados secundarios	<p>Satisfacción:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo de hidroterapia comparado al grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Talla del RN. - Apgar neonatal
Conclusión	Los resultados del estudio actual indican que la intensidad del dolor de parto disminuyó en las participantes de los grupos experimentales (acupresión y ducha) y aumentaron sus niveles de comodidad posparto. Los grupos de acupresión y ducha no exhibieron efectos adversos obvios sobre los resultados maternos o neonatales. Por lo

	<p>tanto, tanto la acupresión como las duchas pueden aplicarse como métodos efectivos para reducir la intensidad del dolor de parto en mujeres primíparas, lo que puede reducir la necesidad de métodos farmacológicos y afectar positivamente su comodidad posparto. Aun así, se necesitan más estudios para evaluar el uso de acupresión y duchas durante el trabajo de parto en relación con el alivio del dolor y la comodidad posparto.</p>
--	--

Anexo 27: Ficha bibliográfica Artículo N° 27.

Título	Efectos de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea aplicada a diferentes frecuencias durante el parto sobre los niveles hormonales, la percepción del dolor del parto y la ansiedad: un ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, controlado con placebo.		
Idioma	Inglés	Base de datos	ScienceDirect
País	Turquía	Año de publicación	2022
Revista	European Journal of Integrative Medicine	Autor/es	R. Sulu M. Akbas S. Cetiner
Tipo de método	TENS	Tipo de	Ensayo clínico controlado aleatorio simple ciego

Muestra	<p>Total muestra: 56 gestantes.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14 gestantes en grupo TENS 1 - 14 gestantes en grupo TENS 2 - 14 gestantes en grupo placebo - 14 gestantes en grupo control
Descripción de la acción	<p>Se aplicó la intervención en la fase activa (desde 4 cm) durante 30 min.</p> <p>A las participantes se le colocaron 2 pares de electrodos estériles a nivel de T10 - L1 y S2 - S4.</p> <p>Se programó:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TENS 1: ancho de pulso de 100 us y una frecuencia de 100 Hz. - TENS 2: ancho de 380 us y una frecuencia de 80 a 100 Hz - Placebo: no se administró corriente. <p>Los participantes del grupo control no estaban conectados a electrodos.</p>
Percepción del dolor	<p>Se midió con Escala Visual Análoga (EVA) durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>TENS 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fase latente: no se menciona. -Fase activa: la percepción del dolor disminuye al usar la intervención. <p>Comparado al grupo control, al grupo placebo y al grupo TENS 2, su</p>

	<p>uso disminuye la percepción del dolor.</p> <p>TENS 2:</p> <p>-Fase latente: no se menciona.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor disminuye al usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, su uso disminuye la percepción del dolor.</p>
Reacciones adversas materno/fetales	No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.
Resultados secundarios	<p>Ansiedad:</p> <p>Es significativamente menor en los grupos intervenidos.</p> <p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente menor en TENS 2 comparado al grupo control, placebo y TENS 1.</p> <p>Niveles de oxitocina:</p> <p>Son significativamente mayores en el grupo TENS 2 comparado al grupo control, placebo y TENS 1 luego de la intervención.</p> <p>Niveles de endorfina:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo TENS 2 comparado al grupo control, placebo y TENS 1.</p> <p>Niveles de cortisol:</p> <p>Es significativamente menor en los grupos TENS 1 y TENS 2 comparado</p>

	<p>al grupo control y grupo placebo.</p> <p>Dilatación cervical:</p> <p>Es significativamente mayor en el grupo TENS 2 comparado al grupo control y placebo.</p>
Conclusión	<p>El parto es un proceso doloroso. TENS es una opción no farmacológica, eficiente y confiable para disminuir el dolor durante el parto. Se encontró que la aplicación de TENS a una frecuencia más alta era más efectiva que una frecuencia estable. Los niveles hormonales se vieron afectados y los niveles de ansiedad disminuyeron con una disminución del dolor durante el trabajo de parto, lo que se considera que permite una experiencia laboral positiva. Por lo tanto, las parteras deben recomendar el uso de TENS de alta frecuencia durante el parto. A pesar de los resultados obtenidos en este estudio, no debemos olvidar la presencia de muchos factores que pueden afectar al dolor.</p>

Anexo 28: Ficha bibliográfica Artículo N° 28.

Título	El efecto del toque terapéutico sobre el dolor de parto, la ansiedad y la actitud de parto: un ensayo controlado aleatorizado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	ScienceDirect
País	Turquía	Año de publicación	2021
Revista	European Journal of	Autor/es	S. Ertekin

	Integrative Medicine		G. Demirel
Tipo de método	Toque terapéutico	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 80 gestantes.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40 gestantes en grupo intervención. - 40 gestantes en grupo control. 		
Descripción de la acción	<p>En el grupo de intervención el primer toque se aplicó se realizó en la fase activa del trabajo de parto y el segundo toque se realizó en la segunda etapa del trabajo de parto. Ambos duraron 15 minutos. El toque se realizó en la mano de la gestante, con las manos del investigador a temperatura ambiente, realizando movimientos rítmicos y suaves, sin presión.</p> <p>El grupo control recibió atención de rutina.</p>		
Percepción del dolor	<p>Se midió con Escala Visual Análoga (EVA) durante la fase activa y segunda etapa del trabajo de parto.</p> <p>-Fase latente: no se realiza la intervención en esta fase.</p> <p>-Fase activa: no hay datos para comparar la percepción del dolor al aplicar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuye al usar la intervención.</p>		

	<p>-Expulsivo: la percepción del dolor disminuye al usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuye al usar la intervención.</p>
Reacciones adversas materno/fetales	No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.
Resultados secundarios	<p>Ansiedad:</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p>
Conclusión	<p>Hubo una disminución en los niveles de dolor y ansiedad de las mujeres después del toque terapéutico y se encontró que sus actitudes hacia el trabajo de parto eran positivas. Hubo un aumento en los niveles de dolor y ningún cambio en los niveles de ansiedad y actitud de las mujeres a las que no se les aplicó el toque terapéutico. Se recomienda que los profesionales de la salud (enfermeras, parteras, médicos) utilicen el toque terapéutico como parte de su función para reducir el dolor y los niveles de ansiedad, lo que ayudaría a desarrollar una actitud positiva durante el parto.</p>

Anexo 29: Ficha bibliográfica Artículo N° 29.

Título	Yoga durante el embarazo: los efectos sobre el dolor de parto y los resultados del parto (un ensayo controlado aleatorio).
---------------	---

Idioma	Inglés	Base de datos	ScienceDirect
País	Irán	Año de publicación	2017
Revista	Complementary Therapies in Clinical Practice	Autor/es	F. Jahdi F. Sheikhan H. Haghani B. Sharifi A. Ghaseminejad M. Khodarahmian N. Rouhana
Tipo de método	Yoga prenatal	Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorio, simple ciego
Muestra	<p>Total muestra: 60 gestantes.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 gestantes en grupo experimental - 30 gestantes en grupo control 		
Descripción de la acción	<p>Al grupo experimental, durante sus controles prenatales se les enseñaron 5 componentes de la práctica de yoga que incluyen asanas de yoga, canto om, conciencia de la respiración, yoga Nidra y Dhyana. Las clases de yoga fueron supervisadas y proporcionadas por un experto en yoga, se les entregó un folleto y un DVD que contenían los principios, beneficios y ejemplo correcto de cada postura de yoga con</p>		

	<p>la técnica adecuada.</p> <p>Se les pidió que realizaran estos ejercicios de yoga diariamente o 3 veces por semana por 60 minutos, comenzando en el día 26 hasta el final de la semana 37 de gestación.</p> <p>Los investigadores realizaron llamadas telefónicas semanales a cada participante para medir el grado de cumplimiento del protocolo de investigación.</p> <p>Los participantes del grupo control recibieron atención de rutina.</p>
Percepción del dolor	<p>Se midió con Escala Visual Análoga (EVA) durante el trabajo de parto.</p> <p>-Fase latente: no se menciona.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuyó al usar la intervención en esta fase.</p> <p>-Fase activa: Al usar la intervención la percepción del dolor aumenta durante esta fase.</p> <p>Comparado al grupo control, al usar la intervención la percepción del dolor disminuye durante esta fase.</p>
Reacciones adversas materno/fetales	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>
Resultados secundarios	<p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente menor la segunda y tercera fase del trabajo de parto en el grupo experimental comparado al grupo control.</p>

	<p>Vía de resolución del parto:</p> <p>Es significativamente mayor la tasa de cesárea en el grupo control comparado con el grupo intervenido.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso del RN - Apgar neonatal. - Uso de analgesia
<p>Conclusión</p>	<p>Los resultados del estudio sugieren que el yoga supervisado de 1 hora, tres veces por semana durante 12 semanas, es un medio adecuado para disminuir el dolor y la inducción del parto, además de acortar la duración de la segunda y tercera etapa del parto. El ejercicio de yoga prenatal puede conducir a la disminución del porcentaje de cesáreas.</p> <p>Además, se recomienda encarecidamente investigar más sobre los efectos de los ejercicios de yoga en las diferentes consecuencias del embarazo y los procedimientos de parto, junto con las muestras de este trabajo de investigación y la influencia de los ejercicios de yoga en mujeres embarazadas de varios grupos étnicos y con diversos socio- antecedentes económicos. Además, se requiere más investigación para determinar el impacto de dichos ejercicios en los procesos psicológicos que pueden disminuir el dolor durante el trabajo de parto y el parto.</p>

Anexo 30: Ficha bibliográfica Artículo N° 30.

Título	Los efectos de la acupresión convencional, caliente y fría en la percepción del dolor y los niveles plasmáticos de betaendorfina en mujeres primíparas en trabajo de parto: un ensayo controlado aleatorizado.		
Idioma	Inglés	Base de datos	ScienceDirect
País	Turquía	Año de publicación	2022
Revista	Explore	Autor/es	S. Öztürk H. Özkan
Tipo de método	Acupresión	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 140 gestantes.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 35 gestantes en grupo experimental acupresión convencional. - 35 gestantes en grupo experimental acupresión caliente. - 35 gestantes en grupo experimental acupresión fría 		
Descripción de la acción	<p>Se realiza acupresión de diversas maneras en manos de las mujeres seleccionadas durante el trabajo de parto, para determinar el impacto en los niveles plasmáticos de B- endorfina y percepción del dolor.</p> <p>Para la acupresión se usaron pequeñas bolsas de semillas de cereza las cuales se pueden calentar o enfriar, medían 3x2x1 y se colocaban</p>		

	<p>en la posición adecuada de la mano para proporcionar una presión con el uso de una cinta modificada.</p> <p>Los que eran para acupresión fría estaban a 15°C y los de acupresión caliente a 38°C. Ambos se deben aplicar por un periodo de 10 minutos con un descanso posterior de 1 hora.</p> <p>La acupresión convencional se realizó durante 30 minutos sin calor o frío.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se mide con escala EVA y Escala de Categoría Verbal (VCS) durante el trabajo de parto.</p> <p>Acupresión en frío:</p> <p>-Fase latente: no se menciona.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor es menor al usar acupresión en frío en esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor aumenta durante esta fase al usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control y al grupo de acupresión convencional, la percepción del dolor disminuye al usar acupresión en frío.</p> <p>Acupresión convencional:</p> <p>-Fase latente: no se menciona.</p> <p>Comparado al grupo control, al grupo de acupresión en frío y al grupo de acupresión caliente, la percepción del dolor es menor al usar acupresión convencional durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor aumenta durante esta fase al</p>

	<p>usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, la percepción del dolor disminuye al usar acupresión convencional en esta fase.</p> <p>Acupresión caliente:</p> <p>-Fase latente: no se menciona.</p> <p>Comparado al grupo control y al grupo de acupresión en frío, la percepción del dolor es menor al usar acupresión caliente durante esta fase.</p> <p>-Fase activa: la percepción del dolor aumenta durante esta fase al usar la intervención.</p> <p>Comparado al grupo control, grupo de acupresión convencional y al grupo de acupresión en frío, la percepción del dolor disminuye al usar acupresión caliente durante esta fase.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>
<p>Resultados secundarios</p>	<p>Resultados no significativos:</p> <p>- Niveles B-endorfinas</p>
<p>Conclusión</p>	<p>Los resultados de este estudio controlado aleatorizado indicaron que la acupresión convencional, los procedimientos de acupresión con calor y frío administrados en el punto de acupresión LI4 de mujeres embarazadas durante el trabajo de parto podrían usarse como un método alternativo eficaz para sobrellevar el dolor del trabajo de</p>

	parto. Las parteras y las enfermeras deben utilizar la acupresión para aumentar la calidad de la atención en las clínicas de trabajo de parto porque es eficaz y rentable, no tiene impactos adversos en la salud de las madres y los fetos y se puede realizar fácilmente.
--	---

Anexo 31: Ficha bibliográfica Artículo N° 31.

Título	Percepciones de mujeres primíparas sobre el efecto de las clases de preparación al parto en su experiencia de parto: un estudio cualitativo.		
Idioma	Inglés	Base de datos	ScienceDirect
País	Irán	Año de publicación	2021
Revista	Midwifery	Autor/es	R. Hassanzadeh F. Abbas-Alizadeh S. Meedy S. Mohammad M. Mirghafourvand
Tipo de método	Educación prenatal	Tipo de estudio	Estudio cualitativo descriptivo.
Muestra	Total muestra: 13 mujeres entrevistadas		

<p>Descripción de la acción</p>	<p>La educación prenatal consiste en clases de entre 40 a 60 minutos sobre preparación prenatal. Las mujeres embarazadas aprendieron sobre su embarazo, preparación para el parto y el parto en sí, además de cambios durante el embarazo y los problemas más comunes que pueden ocurrir durante este. Las embarazadas destacaron la importancia de conocer los signos de alerta que requieren de atención de un profesional de la salud, además de aprender que sí pueden moverse durante el trabajo de parto y no acostarse durante este. De igual manera, aprendieron sobre el control del dolor (incluido el alivio del dolor no médico) y sobre técnicas de lactancia materna y las ventajas que esta tiene para la madre y el bebé.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se mide la percepción del dolor mediante entrevistas semiestructuradas 1 mes postparto.</p> <p>Las preguntas fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es su opinión sobre la forma en que se facilitaron las clases de capacitación prenatal? - ¿Cómo se siente acerca del efecto de su participación en las clases de preparación para el parto en su preparación para el embarazo, el trabajo de parto y parto? - ¿Cuál es su opinión sobre la utilidad de la información dada en las clases de preparación al parto? - ¿Cómo crees que asistir a clases afectó tu experiencia de parto? <p>-Fase latente: no se menciona</p>

	<p>-Fase activa: no se menciona</p> <p>Los participantes afirman que lo aprendido fue efectivo para reducir el dolor y poder controlarlo.</p>
Reacciones adversas materno/fetales	No se mencionan resultados asociados a esta dimensión
Resultados secundarios	<p>Participación:</p> <p>Su participación durante el trabajo de parto es mayor en las mujeres que tuvieron las clases comparadas a si no las hubiesen tenido.</p> <p>Vía de resolución:</p> <p>El entendimiento sobre parto vaginal vs cesárea es mayor en las mujeres que tuvieron clases comparado a cuando no tuvieron clases.</p> <p>Ansiedad:</p> <p>Es menor en las mujeres luego de las clases.</p> <p>Satisfacción:</p> <p>Es mayor en las mujeres luego de las clases.</p>
Conclusión	La participación en clases de preparación para el parto ayuda a las mujeres a aumentar su conciencia sobre el embarazo y el parto, tener un mejor sentido de autocontrol, preferir el parto vaginal normal a la cesárea, participar activamente en su trabajo de parto, usar diferentes técnicas no médicas para aliviar el dolor y tener una experiencia positiva del parto. Por lo tanto, animar a las mujeres a participar en las clases de preparación para el parto debe ser reforzado por los

	administradores, los encargados de formular políticas y los proveedores de atención médica
--	--

Anexo 32: Ficha bibliográfica Artículo N° 32.

Título	Efectos de la acupresión en la satisfacción del parto y la experiencia del parto: un ensayo controlado aleatorio.		
Idioma	Inglés	Base de datos	ScienceDirect
País	Irán	Año de publicación	2019
Revista	Journal of Bodywork and Movement Therapies	Autor/es	F. Mahmoudikohani S. Torkzahrani K. Saatchi M. Nasiri
Tipo de método	Acupresión	Tipo de estudio	Ensayo clínico controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 120 gestantes.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40 gestantes en grupo acupresión (A) - 40 gestantes en grupo de acupresión simulada (B) - 40 gestantes en grupo control (C) 		

<p>Descripción de la acción</p>	<p>La acción se inició a las 39-40 semanas de edad gestacional. Dependiendo del inicio de los síntomas del parto, el número de sesiones de acupresión varió de 1-5 para cada una de las madres.</p> <p>En ambos grupos se aplicó presión durante 1 minuto y luego hubo un intervalo de 1 minuto como tiempo de descanso, de modo que cada punto se presionará 5 veces. El tiempo de intervención fue de 30 min.</p> <p>En el grupo de acupresión los puntos de acupresión fueron vejiga 32 (meridiano de la vejiga en segundo agujero sacro, medial e inferior a la espina iliaca posterosuperior), bazo 6 (meridiano del bazo, 5 cm sobre tobillo en la tibia) y vejiga 60 (meridiano de la vejiga, entre prominencia del maléolo lateral y el tendón de Aquiles).</p> <p>En el grupo de acupresión simulada se presionaron tres puntos ineficaces, uno 5 cm por encima del borde superior de la rótula en el cuádriceps, el punto medio de la rótula y el otro en la parte superior de la prominencia del maléolo lateral.</p> <p>El grupo control solo recibió atención de rutina.</p>
<p>Percepción del dolor</p>	<p>Se mide la percepción de dolor según la Escala de Calificación de Satisfacción del Parto de Mackey, aplicada postparto.</p> <p>Acupresión:</p> <p>-Fase latente: no se menciona</p> <p>-Fase activa: no se menciona</p> <p>Comparado al grupo control y al grupo de acupresión simulada, la percepción del dolor disminuyó en el grupo intervenido.</p> <p>Acupresión simulada:</p>

	<p>-Fase latente: no se menciona</p> <p>-Fase activa: no se menciona.</p>
Reacciones adversas materno/fetales	No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.
Resultados secundarios	<p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puntaje Bishop. - Peso del RN. - Apgar neonatal. - Satisfacción. - Expectativas del parto.
Conclusión	La estimulación de los puntos de acupresión tuvo efectos positivos en la percepción auto informada de los participantes sobre la satisfacción del parto y la experiencia del parto.

Anexo 33: Ficha bibliográfica Artículo N° 33.

Título	El efecto del entrenamiento de hipn parto administrado en el período prenatal sobre el dolor y el miedo al parto.		
Idioma	Inglés	Base de datos	ScienceDirect
País	Turquía	Año de publicación	2018

Revista	Complementary Therapies in Clinical Practice	Autor/es	F. Yarici G. Rathfisch
Tipo de método	Hipnoparto	Tipo de estudio	Estudio experimental controlado aleatorio
Muestra	<p>Total muestra: 60 primíparas.</p> <p>Subdivisión de grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 primíparas en grupo experimental. - 30 primíparas en grupo control. 		
Descripción de la acción	<p>En el grupo experimental se realizó una intervención dividida en 2 fases:</p> <p>En la fase 1 se realizó un programa de capacitación prenatal (clases de 3 horas/1 vez por semana durante 4 semanas) con temáticas de pensamientos positivos durante el embarazo y parto, fisiología del parto, lactancia materna, entre otros. Además, se realizó práctica de ejercicios uno a uno, al terminar la etapa se distinguieron las participantes con un brazalete morado.</p> <p>La fase 2 consistió en la atención y apoyo durante el trabajo de parto y parto, las parturientas en compañía de la investigadora recibieron apoyo para realizar ejercicios de respiración, relajación, imaginación y profundización enseñados previamente.</p>		
Percepción del dolor	Medición mediante puntuación EVA aplicado durante el trabajo de parto.		

	<p>-Fase latente: Durante esta fase la percepción del dolor no tuvo cambios en el grupo experimental.</p> <p>Comparado al grupo control la percepción del dolor es menor en el grupo experimental.</p> <p>-Fase activa: Durante esta fase la percepción del dolor aumenta en el grupo experimental.</p> <p>Comparado al grupo control, se ve una disminución en la percepción del dolor en el grupo intervenido.</p>
<p>Reacciones adversas materno/fetales</p>	<p>No se mencionan resultados asociados a esta dimensión.</p>
<p>Resultados secundarios</p>	<p>Miedo:</p> <p>Fue significativamente menor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Episiotomía:</p> <p>Fue significativamente mayor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Duración trabajo de parto:</p> <p>Es significativamente menor la segunda y tercera fase del trabajo de parto en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Dificultad:</p> <p>Es significativamente menor en el grupo experimental comparado al grupo control.</p>

	<p>Lactancia:</p> <p>Es significativamente antes en el grupo experimental comparado al grupo control.</p> <p>Resultados no significativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contacto piel a piel - Talla del RN. - Peso del RN. - Circunferencia craneana del RN. - Apgar neonatal
<p>Conclusión</p>	<p>El presente estudio encontró que las mujeres que dieron a luz a través de hipn parto tenían menos dolor y miedo de parto en comparación con las participantes en el grupo de control. Todas las mujeres que aplicaron hipn parto afirmaron que el método de hipn parto redujo el dolor. Además, en comparación con las participantes del grupo de control, las mujeres del grupo experimental tuvieron duraciones más cortas del trabajo de parto en la segunda y tercera fase del parto y tiempos más cortos para la primera lactancia. El presente estudio constituye una base para futuros estudios que investiguen el efecto del entrenamiento hipn parto proporcionado durante el período de embarazo sobre el dolor y el miedo al parto.</p>