

Enfermería



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Trabajo de grado

**TERAPIAS CONVENCIONALES Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS O
ALTERNATIVAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE
PARTO: ESTADO DEL CONOCIMIENTO ACTUAL**

**NICOL ANDREA CASTRO HUERTAS
KAREN ANDREA MORA JIMÉNEZ
LAURA VILLARREAL ARIAS**

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ, D.C.

2020

**TERAPIAS CONVENCIONALES Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS O
ALTERNATIVAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE
PARTO: ESTADO DEL CONOCIMIENTO ACTUAL**

NICOL ANDREA CASTRO HUERTAS

KAREN ANDREA MORA JIMÉNEZ

LAURA VILLARREAL ARIAS

Trabajo de grado para optar al título de Enfermera

Asesor:

CLAUDIA PATRICIA MOTTA LEÓN

Nombre del semillero:

MUJER ALTERNATIVA

Nombre del investigador principal:

CLAUDIA PATRICIA MOTTA LEÓN

Articulado al proyecto denominado:

***Efecto de la auriculoterapia y acupresión en el manejo del dolor del
trabajo de parto en fase activa***

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ, D.C.

2020

Nota de aceptación.

Presidente del Jurado.

Jurado.

Ciudad y fecha (día, mes y año). (Fecha de entrega).

AGRADECIMIENTOS

Son varias las personas que han contribuido en el proceso para la realización de nuestro trabajo de grado. En primer lugar, queremos agradecer a Dios por permitirnos un día más de vida y por dicho resplandor que nos ilumina, guiando cada uno de nuestros pasos para el aprendizaje. A nuestros padres, a Steven Villarreal, Mathias Mora y Herich Hernández quienes son nuestra inspiración para luchar día tras día por nuestros sueños, en ellos hemos encontrado amor, apoyo incondicional y confianza en nosotras para ser enfermeras exitosas. Además, a las docentes Claudia Motta León y Ana Becerra Pabón, que con su asesoría nos han brindado su tiempo, paciencia y confianza durante el desarrollo de este proyecto.

Finalmente, a la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y a la Escuela de Enfermería por permitirnos ser parte de su comunidad “*Corpista*” y así mismo un espacio para el desarrollo de nuestra presentación que con el pasar del tiempo nos hemos formado con sentido humanista, contribuyendo a la investigación desde distintas áreas del saber.

Nicol Andrea Castro Huertas

Karen Andrea Mora Jiménez

Laura Villarreal Arias

TABLA DE CONTENIDO

1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.	Antecedentes.....	2
1.2.	Pregunta de investigación	5
1.3.	Justificación	5
1.3.1.	Significancia social.....	5
1.3.2.	Significancia disciplinar.....	7
1.3.3.	Significancia para el conocimiento.....	7
1.4.	Objetivos.....	8
1.4.1.	Objetivo general.....	8
1.4.2.	Objetivos específicos.....	8
2.	MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.	Tipos de dolor.....	8
2.1.1.	Según la duración	9
2.1.2.	Según la patogenia.....	9
2.1.3.	Según la intensidad	10
2.1.4.	Según la cualidad	10
2.2.	Fisiopatología del dolor	11
2.3.	Abordajes teóricos para comprender el dolor humano	15
2.3.1.	Teoría de la especificad.....	15
2.3.2.	Teoría de la intensidad	15
2.3.3.	Teoría de la compuerta.....	16
2.3.4.	Teoría multireceptores opiáceos	16
2.3.5.	Teoría de la liberación de endorfinas	17
2.3.6.	Teoría de los síntomas desagradables.....	17
2.4.	Fisiología del dolor en el trabajo de parto	18
2.5.	Etapas del parto	22
2.6.	Las mujeres como protagonistas del dolor en el trabajo de parto y parto	23
3.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	25

3.1. Tipo de investigación.....	25
3.2. Criterios de inclusión	26
3.3. Criterios de exclusión	26
3.4. Técnicas de recolección de la información	27
3.5. Técnicas de análisis de la información... ..	29
3.6. Consideraciones éticas	30
3.7. Resultados.....	30
4. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO.....	34
4.1. Dolor de parto.....	35
4.1.1. Conceptos o definiciones.....	36
4.1.2. Experiencias o percepciones.....	39
4.2. Terapias convencionales.....	42
4.2.1. Bloqueos neuroaxiales	42
4.2.1.1. Analgesia epidural.....	43
4.2.1.2. Bloqueos periféricos.....	45
4.2.2. Analgésicos opiáceos	46
4.2.2.1. Remifentanilo	47
4.2.2.2. Pentazocina	48
4.2.2.3. Tramadol	48
4.2.2.4. Petidina	49
4.2.3. Anestésicos.....	49
4.2.3.1. Inhalatorios.....	49
4.2.3.2. Bupivacaína	50
4.2.4. Otros	51
4.2.4.1. Dexmedetomidina	51
4.3. Terapias complementarias o alternativas	51
4.3.1. Medicina tradicional china	52
4.3.1.1. Masaje tradicional chino o TUI NA.....	53

4.3.1.2.	Acupuntura.....	54
4.3.1.3.	Acupresión	57
4.3.1.4.	Auriculoterapia	61
4.3.2.	Terapias psicológicas y de apoyo.....	62
4.3.2.1.	Técnicas educativas prenatales y parto	63
4.3.2.2.	Mindfulness	65
4.3.2.3.	Hipnosis.....	¡Error! Marcador no definido. 6
4.3.2.4.	Técnica de relajación y respiración.....	68
4.3.2.5.	Yoga	70
4.3.2.6.	Musicoterapia.....	71
4.3.2.7.	Aromaterapia.....	73
4.3.2.8.	Hidroterapia.....	74
4.3.2.9.	Doula (Importancia de la ambientación periparto).....	76
4.3.3.	Homeopatía y farmacología vegetal.....	79
4.3.4.	Otras terapias alternativas.....	81
4.3.4.1.	Movilidad y cambios posturales maternos.....	81
4.3.4.2.	Fisioterapia obstétrica	83
4.3.4.3.	Empleo de la TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation o estimacion nerviosa transcutanea).....	84
4.3.4.4.	Terapia de calor y frío	85
4.3.4.5.	Uso de la pelota de parto.....	86
4.3.4.6.	Inyección intradérmica en el Rombo de Michaelis	90
5.	CONCLUSIONES.....	91
6.	RECOMENDACIONES.....	93
6.1.	Recomendaciones para la política y el sistema de salud	93
6.2.	Recomendaciones para el servicio de salud.....	93
6.3.	Recomendaciones para el cuidado de Enfermería.....	94

6.4.	Recomendaciones para la educación en Enfermería	95
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
8.	ANEXOS	122
8.1.	Ficha de captura de información	122
9.	HOMENAJE PÓSTUMO A LAURA VILLARREAL ARIAS.....	171

LISTA DE GRÁFICAS

1. Construcción del estado del arte con enfoque heurístico – hermenéutico. Elaboración basada en “ <i>Guía para construir estados del arte</i> ”	26
2. Porcentaje de artículos por idioma. Elaboración propia	31
3. Número de artículos por año. Elaboración propia	31
4. Abordaje metodológico. Elaboración propia	32
5. Abordaje cualitativo. Elaboración propia.....	32
6. Abordaje cuantitativo. Elaboración propia	33
7. Número de artículos a nivel internacional. Elaboración propia	33
8. Mapa conceptual de Técnicas para el control del dolor en el trabajo de parto. Elaboración propia.....	35
9. Epidural Spinal Injection. EBSCOhost.....	43
10. Bloqueo paracervical. EBSCOhost.....	46
11. Punto L14. ClinicalKey.....	58
12. SP6 Sanyinjiao. ClinicalKey	59
13. Punto BL32. ClinicalKey	59
14. Auriculoterapia. ClinicalKey	61
15. Mujer de pie. Luces Lago A, Tizón Bouza E, Mosquera Pan L.....	88
16. Mujer sentada en posición correcta (pelvis en ante versión). Luces Lago A, Tizón Bouza E, Mosquera Pan L	88
17. Mujer en decúbito lateral. Luces Lago A, Tizón Bouza E, Mosquera Pan L.....	89
18. Mujer en posición cuadrúpeda. Luces Lago A, Tizón Bouza E, Mosquera Pan L.....	89
19. Rombo de Michaelis. EBSCOhost.....	90

20. Homenaje Póstumo a Laura Arias Villarreal. Tomada por Karen
Valentina Villamil171

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para los profesionales de Enfermería es importante comprender que el dolor es un fenómeno complejo, que no deriva únicamente de la presencia de lesión o daño fisiológico, sino que también está asociado con las emociones, conductas y creencias de las personas que lo experimentan. En el caso del dolor percibido por las mujeres durante el trabajo de parto deben contemplarse muchos aspectos que convergen en la experiencia dolorosa como los temores, la interacción con un ambiente desconocido y muchas veces hostil, el acompañamiento de la familia, las limitaciones en el movimiento y consumo de líquidos, el escaso conocimiento y la falta de preparación para esta etapa, entre muchos otros aspectos. ¹

Desde esta perspectiva, es importante que la gestante tenga el acompañamiento necesario por parte del personal de salud a partir de una comunicación asertiva y comprensiva que le permita manejar el dolor desde la percepción de la mejor manera posible, a través de la aplicación de terapias convencionales o terapias complementarias, lo anterior nos permite identificar la importancia del rol de Enfermería en el manejo del dolor a partir del conocimiento en las bases teóricas en el trabajo de parto. ²

El hecho de tener un trabajo de parto inadecuado puede alterar el equilibrio emocional de las mujeres y a su vez puede provocar malestar psicosomático, miedo, ansiedad, descontrol, dolor excesivo, ³ dilataciones tortuosas, partos más demorados y un incremento en la probabilidad de tener una cesárea, todo esto asociado a una experiencia no agradable para la mujer. Es por esto que resulta necesario considerar el manejo del dolor como un evento significativo y de alta relevancia en la atención del parto para que la mujer pueda tener una experiencia agradable y los resultados deriven en una familia satisfecha junto con una puérpera y recién nacido sin complicaciones.

1.1. Antecedentes

El dolor es uno de los principales motivos de consulta en el mundo y ha sido definido por múltiples autores, sin embargo, en la actualidad el concepto de mayor aceptación es el propuesto por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor que lo define como “*Una experiencia sensitiva, emocional, desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial*”. El dolor es una alerta de que nuestro cuerpo no está funcionando adecuadamente, puede ser signo de diferentes enfermedades como: un tumor, una infección o una hemorragia, entre otros. “*El dolor hace parte de la vida; si no hay dolor no hay vida*”.⁵

Es importante destacar que hasta el siglo XVIII se consideraba que el dolor era producido por demonios, algunos tumores malignos o espirituales, que el hombre hace 9.000 años buscaba mitigar con el uso de plantas, sangre de animales, frío y calor. En el año 4.000 a.C se utilizaban sumerios como la planta de la alegría (Hulgil) y de este surgió el uso del opio. Desde nuestros antepasados en Mesopotamia se practicaban rituales con hojas de mirto para conseguir el perdón de los dioses, ya que el dolor era considerado un castigo a determinadas acciones; en la actualidad las hojas de mirto son utilizadas como analgésicas por sus componentes.⁶

Así mismo, en Siria se empleaban técnicas anestésicas generando la pérdida de la conciencia mediante la obstrucción de la arteria carótida. En la India, por ejemplo, se veía el dolor como un aspecto psicológico y espiritual que va desde el nacimiento hasta la muerte. Para los filósofos griegos el dolor no era placentero, por lo que era evitado para no desarrollar ningún síntoma desagradable. Como podemos observar el manejo de dolor ha tenido diferentes evoluciones a lo largo de la historia y se ha conseguido controlarlo a través del uso de estrategias farmacológicas; con el fin de disminuirlo, pero no evitando su aparición.⁶

Con relación a la percepción del dolor entre mujeres y hombres ambos sexos responden de manera diferente tanto psicológicamente como emocionalmente, pero no hay estudios concluyentes respecto a la resistencia al dolor. ⁷ Sin embargo, los estrógenos juegan un papel importante en el manejo del dolor en las mujeres, lo que puede explicar por qué durante la menopausia y el climaterio, ellas muestran un aumento del umbral del dolor y consultan de forma más frecuente por presentar este síntoma. ⁸

Con relación a las consideraciones sociales del trabajo de parto, este momento es visto como una etapa dolorosa que se da al final del proceso de gestación y se encuentra influenciado por múltiples factores socioculturales que generan diversas percepciones y supuestos acerca del momento del parto, como por ejemplo el miedo a la intensidad del dolor, a la muerte fetal, a la analgesia epidural, miedo al desgarro perineal y miedo de no poder soportarlo o perder el control, lo que ha llevado que muchas mujeres manifiesten su preferencia por la cesárea, ya que muchos lo han denominado *“El parto sin dolor”*. ⁹

Por otra parte, alrededor del año 100 a.C. desde Asia Oriental, China, Japón y Corea la medicina china utilizaba dentro de sus técnicas la estimulación en varias áreas anatómicas del cuerpo, insertando agujas metálicas delgadas en la piel (acupuntura); ¹⁰ esta técnica o práctica de medicina tradicional se basa en el uso de agujas delgadas, las cuales punzan puntos específicos en el cuerpo humano; dichos puntos se localizan en sendas de energía denominadas *“meridianos”* o *“resonadores energéticos”*, los tratamientos con acupuntura tienen el objetivo de mejorar el flujo y el equilibrio de energía a lo largo de estas sendas, por lo que se establece que cuando los flujos se encuentran equilibrados el cuerpo esta saludable; esta práctica milenaria funciona a través del conocimiento del origen energético de los síntomas para ponderar las deficiencias de los órganos, los sentidos y las emociones que la enfermedad provoca. ¹¹

Esta técnica se fundamenta en el pensamiento de que el cuerpo es recorrido por una energía a través de doce canales o meridianos “*King*” donde se pueden localizar 361 puntos para manejar el desequilibrio de energía que genera la patología o la afección. Actualmente, sigue siendo una práctica de amplio uso en China y en el mundo asiático, incluso la Organización Mundial de la Salud resalta su eficacia en cuanto al tratamiento del dolor. ¹¹

En China también se utilizaron mezclas de soporíferos y opio para el manejo del dolor, dichas mezclas o sustancias producían sueño generando un alivio transitorio. Los griegos probaron “*anestésicos locales*” para disminuir el dolor del nacimiento y en las épocas medievales se empleaba el alcohol para aliviarlo, no específicamente en el parto, pero si en otras circunstancias específicas. La primera anestesia inhalatoria fue desarrollada con éter en el año de 1846 – 1847, en ese mismo año Nathan Cooley Keep utilizó éter por primera vez para la mejoría del dolor en el parto. En el año 1848, el comité obstétrico de la American Medical Association sugirió la técnica de emplear cloroformo durante el trabajo de parto. ¹²

Desde una perspectiva epidemiológica el dolor es un síntoma que representa un gran impacto tanto a nivel individual como a nivel social, mostrando un incremento relacionado con el paso de los años (el 42.6% de personas adultos mayores de 65 años consultan a servicios de salud por presentar dolor). Cada grupo poblacional de acuerdo a la fase de la adultez que este cursando experimenta diferentes tipos de dolor, por ejemplo, la población joven entre 18 y 40 años está más predispuesta a sufrir dolor abdominal y de cabeza. Con relación al manejo del dolor, las estadísticas en el mundo muestran que alrededor del 29% de las personas que lo padecen, utilizan métodos farmacológicos autoformulados. ¹³

1.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las terapias convencionales y terapias complementarias o alternativas que se utilizan actualmente para el manejo del dolor durante el trabajo de parto?

1.3. Justificación

El presente trabajo de investigación se realizó a partir del estudio del dolor de la mujer en fase activa del trabajo del parto, identificando cuáles son las terapias convencionales y terapias complementarias o alternativas que se emplean para el manejo de este fenómeno multidimensional, incluso en sus cuatro niveles fisiológicos y a nivel emocional; teniendo en cuenta las diferentes teorías que explican la experiencia dolorosa, además la significancia social, disciplinar y para el conocimiento.

Teniendo en cuenta que las mujeres gestantes tienen diferentes percepciones del trabajo de parto, que dependen de múltiples factores fisiológicos, genéticos, sociales y psicológicos como: el umbral del dolor, las emociones asociadas, el apoyo familiar y los conocimientos previos, entre otros. Por lo cual durante el trabajo de parto la mujer aplica todas las herramientas posibles para el manejo del dolor e implementa lo aprendido en el transcurso de su embarazo. Teniendo en cuenta que el síntoma que prima en el momento del parto es el dolor y que este es una experiencia subjetiva, única e irrepetible, si la mujer no cuenta con una preparación adecuada para el proceso, la experiencia puede resultar traumática trayendo consigo sentimientos negativos y mayor predisposición a complicaciones y depresión posparto. ¹⁴

1.3.1. Significancia social:

Para la mujer el momento del parto debe ser recordado como un instante especial en la vida, un proceso entendido como la finalización

de una etapa inherente a la condición de ser madre, que debe producir una sensación de gratificación y alegría, en el cual debe garantizarse una atención integral que provea el máximo grado de bienestar para la mujer y su familia. No obstante, más de medio millón de mujeres en el mundo obtienen como resultado del embarazo y el parto lesiones graves, incapacidades o incluso la muerte. ¹⁴

Adicional a lo anterior es importante resaltar que la muerte materna es vista como el resultado de una inadecuada atención del parto, puede resultar catastrófico para la familia, generando un impacto negativo en la estructura y dinámica familiar aumentando el riesgo de abandono y pobreza. La morbilidad materna extrema es un evento de importancia en salud pública; la Organización Mundial de la Salud la define como: *“Un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo”*. La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la definió como *“Una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”*. ¹⁴

Durante de los procesos de vigilancia se ha evidenciado que las principales causas de morbilidad materna son los trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas, especialmente en las mujeres de 35 años. En el año 2016 notificaron 20.600 casos, que representan un incremento de 33,7 % con respecto al año anterior. La razón de morbilidad materna extrema nacional preliminar fue de 31 casos por 1.000 nacidos vivos. Las cinco entidades territoriales con la mayor razón de morbilidad materna extrema preliminar son Cartagena (58,2), Vichada (55,7), Huila (50,4), la Guajira (48,6) y Bogotá, con 46,1 casos por 1.000 nacidos vivos. ¹⁴

1.3.2. Significancia disciplinar:

La presente investigación se realizó mediante un abordaje integral, que busca resaltar la importancia para los profesionales de Enfermería de conocer las terapias convencionales y terapias complementarias o alternativas existentes en la actualidad y como estas pueden contribuir a disminuir el dolor durante el parto en la fase activa. Con este conocimiento el profesional que lidera los servicios de obstetricia estará en la capacidad de brindar cuidado holístico que comprenda la experiencia dolorosa no solo como un proceso fisiológico, sino como una situación que requiere del acompañamiento y apoyo de la (el) enfermera (o) a la gestante y su familia, teniendo en cuenta que la mayoría de las veces la mujer no cuenta con los conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para manejar el dolor de forma asertiva, lo que la lleva a responder de manera intuitiva con gritos, quejas, desesperación, ansiedad y llanto, entre otros.

Así mismo, para la Enfermería es trascendental generar una atención humanizada en el trabajo del parto y parto, implementando las medidas necesarias para el manejo del dolor y el incremento del bienestar de la mujer, garantizando el respeto por sus derechos y procurando que la experiencia del nacimiento se de en forma respetuosa, considerada y con calidad en la atención.

1.3.3. Significancia para el conocimiento:

Se enmarca en la relevancia que tiene para los profesionales de salud, contar con el conocimiento adecuado de la fisiología del parto y las estrategias de manejo del dolor durante y después de este proceso; para así realizar una valoración apropiada de la mujer que lo experimenta, generando una intervención rápida y eficaz, que contemple los aspectos culturales y los fundamentos del parto humanizado.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Interpretar el estado del conocimiento actual acerca de las terapias convencionales y terapias complementarias o alternativas utilizadas en el manejo del dolor durante el trabajo de parto, a nivel nacional e internacional en el periodo comprendido entre 2009 y 2019.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar cuantitativamente la producción científica existente relacionada con el manejo convencional o alternativo del dolor en el trabajo de parto.
- Analizar desde la hermenéutica, el contenido de la producción científica encontrada.
- Consolidar los aspectos más relevantes sobre el manejo del dolor durante el trabajo de parto generando recomendaciones aplicables en políticas, asistencia, cuidados y educación en Enfermería.

2. MARCO TEÓRICO

Teniendo en cuenta el propósito de la presente investigación a continuación, se plantean algunos conceptos y teorías que fundamentan la experiencia dolorosa y su estudio, centrándose finalmente en el manejo del dolor en la mujer durante el parto.

2.1. Tipos de dolor

Para clasificar el dolor debemos tener en cuenta: su duración, su patogenia, su intensidad y su cualidad.¹⁵

2.1.1. Según la duración, puede definirse como:

Dolor agudo: es temporal no más de 3 meses, por tanto, la persona suele localizarlo fácilmente, identificando la intensidad y generando un estado de estrés que conlleva un incremento en la tensión arterial. Por ejemplo, se relaciona con fracturas patológicas. En cuanto a su manejo suele responder de manera satisfactoria a los analgésicos. ¹⁵

Dolor crónico: tiene una duración de más de 3 meses, es manifestado como continuo e intermitente, además se evidencia diferentes manifestaciones tanto físicas como psicológicas, causando ansiedad, limitación al movimiento, alteraciones funcionales en el sueño y el apetito, entre otros. Dentro de los ejemplos de clasificación está el dolor oncológico; cuyo tratamiento es de alta complejidad y requiere de ayudas especiales como clínicas o grupos especializados en dolor. ¹⁵

2.1.2. Según la patogenia, se clasifica en:

Dolor nociceptivo: es causado por un estímulo doloroso en los nociceptores, también se clasifica en “*dolor somático*”, que puede ser superficial o profundo, es decir, en la piel o en las mucosas como es el caso de algunas quemaduras a nivel de la capa epidermis o a nivel muscular. Finalmente, encontramos el “*dolor visceral*” ya sea en el abdomen o en el tórax, este dolor presenta dificultad para la persona al momento de localizarlo. ¹⁵

Dolor neuropático: se debe a una afección en las fibras nerviosas, es difícil diagnosticarlo y darle un tratamiento; se puede presentar en un nervio periférico o en el sistema nervioso central. Se caracteriza por presentar dolor espontáneo sensación de ardor, quemazón o punzada y alodinia. ¹⁵

Dolor psicogénico: su origen se relaciona con procesos mentales de la persona que lo sufre y no por causas fisiológicas directas. Acompaña con frecuencia la aparición del dolor crónico (presentación mixta).¹⁵

2.1.3. Según la intensidad, puede calificarse como:

Leve: la persona puede realizar sus actividades diarias y el dolor genera una molestia superficial.⁵

Moderado: el dolor interfiere con las actividades habituales y requiere de tratamiento analgésico con AINES, opioides menores o combinaciones farmacológicas.⁵

Severo: el dolor interfiere con el descanso de la persona y requiere tratamiento con analgésicos opioides de mayor potencia.⁵

2.1.4. Según la cualidad:

Las características del dolor en la persona y su forma de describirlas pueden variar, sin embargo, las manifestaciones más comunes son: quemante, punzante, sensación de corrientazo y calambre, entre otros.⁵

En cuanto la neurofisiología del dolor el sistema nervioso central y periférico juegan un papel importante en las reacciones que se presentan. Los nociceptores son aquellos receptores periféricos del dolor que transmiten los mensajes hacia la vía central, se encuentran en los ganglios de la raíz dorsal o en los ganglios sensoriales de los pares craneanos, son renombrados como: "*neuronas de primer orden o aferentes primarios*". Los nociceptores tienen la capacidad de disminuir su umbral o por el contrario aumentar su respuesta, cuando son sujetos a una estimulación repetitiva.¹⁶

De igual manera, la magnitud del dolor percibido se ve afectada por factores psicológicos, sociales o culturales haciéndolo una experiencia subjetiva de la persona; sin embargo una de las estrategias utilizadas por los profesionales en el área de salud para poder dimensionarlo es el uso de escalas numéricas o escalas análogas visuales (VAS), que son evaluadas por el sujeto estableciendo una calificación aproximada para el dolor mediante una línea recta cuyos extremos son marcados con 0 y 10, entendiéndose el 0 como ausencia del dolor o 10 como el dolor más insoportable. ⁵

2.2. Fisiopatología del dolor

Teniendo en cuenta los cuatro niveles del fenómeno del dolor, la transducción es el proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en un estímulo eléctrico; en la transmisión se desarrolla una propagación del impulso nervioso hasta los nervios sensoriales del SNC; respecto a la modulación los sistemas analgésicos endógenos tienen la capacidad de cambiar la transmisión del impulso nervioso, principalmente inhibiendo en las astas posteriores de la medula, finalmente en la percepción interactúan las tres primeras con una serie de otros fenómenos individuales, dando como resultado una experiencia subjetiva y emocional relacionada con el dolor. La transmisión nociceptiva percibe una difícil modulación desde la génesis del impulso nervioso a nivel periférico hasta su perspectiva como sensación dolorosa, a través de los neurotransmisores los mensajes nociceptivos son enviados, modulados e integrados en diversos niveles del sistema nervioso, su recorrido inicia en la periferia mediante la vía medular llegando a centros superiores específicamente al tálamo y al manto de tejido nervioso que cubre los hemisferios cerebrales. ¹⁶

Existen dos tipos de fibras nerviosas, la fibra delta que conduce señales de dolor de baja latencia y precisa de respuestas rápidas, estas son fibras mielínicas por lo que cuentan con mayor capacidad de conducción eléctrica; por el contrario, las fibras C son fibras amielínicas, es decir, su conducción es

lenta, son las encargadas de notificar estímulos nociceptivos térmicos (dolor quemante), mecánicos y químicos. El nociceptor genera dos respuestas: una fisiológica de activación frente a los estímulos y una de sensibilización que incluye sustancias como citosinas y bradiquinina que generan hiperalgesia. ¹⁶

Por consiguiente, al generar una lesión tisular se provoca una cascada de liberación de sustancias inflamatorias sensibilizantes de los nociceptores, conocida como “*sopa inflamatoria*”, entre estas se encuentran:

- **Prostaglandinas:** son derivados de ácidos grasos, se encuentra en todos los tejidos y órganos y participan en los procesos dolorosos, son mediadores en la inflamación, sensibilizan los receptores y generan hiperalgesia, por ello algunos medicamentos analgésicos inhiben la síntesis o producción de estas. ¹⁶
- **Sustancia P:** es un neurotransmisor y neuromodulador que se libera por el axón de la neurona sensitiva a nivel medular, en la piel, la pulpa dentaria y el ojo, está involucrada en la percepción del dolor. ¹⁶
- **Histamina:** es una molécula que funciona como hormona y neurotransmisor, participa en la respuesta inmune y se relaciona con las reacciones alérgicas generando inflamación. ¹⁷
- **Serotonina:** es un neurotransmisor que tiene como función el manejo de las emociones y el estado de ánimo, además regula la temperatura corporal, maneja la actividad motora, la percepción y la función cognitiva. ¹⁸
- **Bradicina:** es una nona péptida que provoca la contracción del musculo liso, causando una disminución de la tensión arterial; posee una gran capacidad de producir dolor. ¹⁶

- **Catecolaminas:** son neurotransmisores, en los cuales también se encuentran la adrenalina, la dopamina y la noradrenalina; tienen la función de participar en los procesos de cognición, de memoria, de aprendizaje, de emoción y del control de la motricidad. ¹⁹
- **Hidrogeniones y ATP:** los hidrogeniones intensifican el trayecto iónico de calcio y sodio, en cambio el ATP produce el dolor agudo incrementando el sodio, potasio y calcio. ¹⁶
- **Leucotrienos:** son moléculas producidas por las células sanguíneas llamadas: “*leucocitos*”, son mediadores en procesos de inflamación o las reacciones alérgicas. ²⁰
- **Opioides endógenos:** bloquean la síntesis de prostaglandinas E2 reduciendo la hiperalgesia en áreas inflamatorias y tejidos lesionados. ¹⁶

Existen diferentes tipos de nociceptores que registran el estímulo doloroso de variadas formas, por ejemplo, en los nociceptores cutáneos se manifiestan a través de dos tipos de dolor: el instantáneo o dolor primario, mediado por las fibras A que se caracteriza por su fácil localización, corta duración y la conducción rápida; por otro lado, el dolor difuso o dolor secundario, mediado por las fibras C que se caracteriza por ser tardío, persistente y de conducción lenta. ¹⁶

Además, existen nociceptores de tipo mecanonociceptores, termnociceptores y polimodales; están presentes en la mayoría de los órganos internos o en la piel. Los mecanonociceptores son activados por estímulos de presión intensa. Los termo - nociceptores llegan a ser activados por temperaturas que ascienden a 45 grados centígrados o descienden a 5 grados centígrados y los nociceptores polimodales son activados por

sustancias químicas, incitación mecánica intensa y temperaturas extremas de calor o frío. ¹⁶

En la médula espinal se modulan las respuestas nociceptivas a través de las fibras C y A delta que finalizan a nivel superficial de la asta dorsal medular y otras estructuras que se mencionan a continuación:

- **Asta dorsal:** es aquella encargada de permitir el primer nivel de integración en el sistema nervioso central y su modulación, a través de las interneuronas espinales, es la encargada de enviar la información por las vías ascendentes y por último acceder a la elaboración de respuestas reflejas que pueden ser vegetativas o motoras. ¹⁶
- **Estructuras talámicas:** la vía - ventro-posterior - lateral juega un papel importante en el envío de la información e indagación de los estímulos en cuanto la duración, la intensidad y la localización. ¹⁶
- **Formación retículo bulbar:** participa en el manejo y la relación de varios aspectos, como: respiración, regulación cardiovascular, motricidad, vigilancia y nocicepción. ¹⁶

Dentro de esta compleja interrelación de estructuras anatómicas y sustancias químicas surge la sensación dolorosa que de acuerdo a Melzack citado por Pedrajas Navas J. y Molino González A. en su artículo denominado: "*Bases neuromédicas del dolor*" ²¹ se caracteriza por "*La interacción de esas variables (biológicas, psicológicas, sociales y culturales que integra la parte sensorial, emocional y discriminativa) determina un sistema funcional cerebral llamado, neuromatrix; el cual es el responsable de dar las características personales de la percepción dolorosa*". ²¹

Con relación al dolor inflamatorio y su significado clínico, este suele ser producido por lesiones tisulares, como, por ejemplo, fracturas, heridas, desgarros musculares, entre otros; que desencadenan una respuesta inflamatoria, desarrollando un estímulo en los nociceptores, además de lo anterior, ocasionando cambios vasculares locales. De acuerdo a la teoría de la triple respuesta de Lewis se presenta la vasoconstricción refleja, después una vasodilatación compensatoria y finalmente la extravasación de líquidos y el edema local. ²² Es importante mencionar que el dolor no se limita a un proceso fisiológico genera sufrimiento, ansiedad, miedo y estrés siendo manifestado mediante conductas como: llanto, impotencia y gritos.

2.3. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano

Existen múltiples teorías, abordajes y perspectivas que permiten explicar el dolor como una experiencia multisensorial en la que convergen factores de tipo fisiológico y psicológico. Entender esta experiencia de forma integral contribuye a generar alternativas y herramientas que faciliten su alivio y control.

2.3.1. Teoría de la especificidad:

Esta teoría refiere que toda la experiencia sensorial (el dolor, el calor, el frío y el tacto) cuenta con un receptor, vía nerviosa y zona del sistema nervioso la cual será expresada la respuesta al dolor. Esta teoría en particular podría explicar el dolor agudo. ²³

2.3.2. Teoría de la intensidad:

Esta teoría explica que independientemente del estímulo y de los receptores que participan en la transmisión y transducción del mismo, si este supera un umbral determinado se percibirá como doloroso, por ejemplo, una temperatura templada sería percibida como calor, pero una temperatura mayor es percibida como una quemadura. ²⁴

2.3.3. Teoría de la compuerta:

Propuesta por Ronald Melzack y Patrick Wall en 1965, está explicada a nivel neurofisiológico, indica que el dolor debe recorrer vías nerviosas y pasar a través de una serie de compuertas. El dolor primero debe alcanzar un determinado nivel de conciencia para ser percibido si se evita su llegada a este punto (prevenirlo) hay una alta probabilidad de disminuir o en otros casos eliminar el dolor. Las fibras nerviosas de la periferia envían el impulso eléctrico a la materia gris del cuerno dorsal (compuerta) donde dependiendo si está abierta o cerrada, se permite o se inhibe la transmisión de impulsos nerviosos.

²⁴ Existen diferentes mecanismos de activación de estas compuertas:

- **Activación en las fibras nerviosas gruesas:** la estimulación en la piel a través de técnicas como el masaje y la vibración entre otras, genera un cierre en las compuertas ya que este tejido posee abundantes fibras de este tipo, por lo que se presenta disminución del dolor. ²⁴
- **Generación de otros estímulos diferentes al dolor:** con el fin de inhibir los estímulos percibidos relacionados con el dolor, de esta manera se cierra la compuerta. ²⁴
- **Disminución de angustia y depresión:** de esta manera la compuerta se cierra, ya que se envían estímulos inhibitorios, a través de la corteza y el tálamo cerebral. ²⁴

2.3.4. Teoría multireceptores opiáceos:

Existen tres zonas receptoras que permiten el efecto de los analgésicos opiáceos: μ , kappa y Sigma. El receptor μ , es el encargado de generar la analgesia a nivel supra espinal y espinal, también de producir dependencia y tolerancia, estreñimiento y euforia secundarios a la sedación. La kappa genera sedación espinal pero no

depresión respiratoria y la zona Sigma produce una estimulación vasomotora y alucinaciones. Las respuestas producidas por los opioides se evidencian en cuanto al receptor al que son unidos y la manera en que generan su función. ²⁵

2.3.5. Teoría de la liberación de endorfinas:

Las endorfinas son pequeñas proteínas naturales (péptidos) sintetizadas en el hipotálamo y en la glándula pituitaria como respuesta a múltiples sensaciones como el dolor y el estrés para aliviarlo. Además, son neurotransmisores que actúan encajando en los receptores narcóticos de las terminaciones nerviosas, en el cerebro y la medula espinal, para así bloquear el dolor y evitar que el impulso llegue a la conciencia. Cuando se practica deporte esta sustancia es estimulada y comienza a actuar en los receptores que causan analgesia por esto son consideradas nuestros opioides endógenos; cuando la persona finaliza su actividad física experimenta una plenitud de bienestar. ²⁵

Encontramos diversos factores que pueden aumentar o disminuir las endorfinas; entre ellos las incrementan el dolor agudo, el estrés mínimo, el ejercicio físico, la acupuntura, la estimulación eléctrica transcutánea y la actividad sexual. Finalmente, las disminuyen el dolor prolongado, el estrés recurrente, la ansiedad y la depresión. ²⁵

2.3.6. Teoría de los síntomas desagradables:

Desarrollada por Elizabeth Lenz esta teoría de rango medio es integrada por 3 componentes: síntomas, factores influyentes y resultados de desempeño, además contiene cuatro dimensiones: la angustia, la calidad, la duración y la intensidad de los síntomas. Es por esto que para mejorar el dolor desde esta teoría se debe tener en cuenta el cuidado holístico que implica el abordaje de las dimensiones físicas, psicológicas y emocionales. ²⁵

Componentes:

- Síntomas: Subjetivos y son diversos (ansiedad, náuseas, dolor)
- Factores influyentes: fisiológicos, psicológicos y situacionales
- Resultados de desempeño: habilidades cognitivas, motoras y su interacción social

Dimensiones:

- La angustia: relacionado con el grado de molestia
- La calidad del síntoma
- La duración: frecuencia del dolor (dolor agudo o crónico)
- La intensidad: gravedad es de acuerdo a la percepción del paciente

2.4. Fisiología del dolor en el trabajo de parto

El dolor es una experiencia subjetiva durante el proceso del parto que produce respuestas psíquicas y se evidencia en acciones físicas, este tipo de dolor es único para cada mujer y puede ser modificado por diversos factores, como, por ejemplo, la cultura, la ansiedad, el miedo, la experiencia anterior de parto, la preparación y el soporte ofrecido en el proceso. Durante las décadas del 30 al 60 la mayoría de profesionales que atendían a mujeres en parto, consideraban el dolor como una función biológica que no requería de ser aliviada. En las décadas posteriores los investigadores concluyeron que la persistencia del dolor estaba asociada al estrés y que este a su vez podría afectar la salud del feto y de la madre.²⁶

Ahora bien, el dolor en la zona lumbar y este es continuo sobre los dermatomas T11 y T12 prolongándose durante la fase activa del parto hasta la T10 y L1.²⁷ El umbral del dolor es la intensidad mínima que se encuentra en un estímulo donde hay una sensación del dolor que se relaciona con factores fisiológicos y hace que la intensidad varíe de una persona a otra. El dolor durante el trabajo del parto es provocado por las contracciones de los

músculos y la presión que se hace en el cuello uterino. Las características y/o atributos del dolor varían en cada mujer ya que en el momento del parto los dolores se manifiestan de diferentes maneras, para algunas mujeres puede ser un dolor similar al ciclo menstrual y otras pueden sentirlo como una presión intensa.⁷

Durante el proceso de gestación los niveles de diferentes hormonas pueden variar en el cuerpo de la mujer; por ejemplo la hormona progesterona se disminuye, facilitando las contracciones uterinas y de esta manera los estrógenos comienzan a elevarse, estos cambios son necesarios para cubrir los requerimientos metabólicos necesarios de la gestante y generar un adecuado crecimiento del feto, de tal forma que estos dos cambios hacen que las contracciones uterinas sean satisfactorias; este proceso también cuenta con la intervención de prostaglandinas y oxitocina; las prostaglandinas se originan en la membrana de la placenta que recubre el feto y la oxitocina en la neurohipófisis.²⁸

Sobre las características del dolor en el trabajo del parto y teniendo en cuenta que este tipo de dolor agudo posee componentes de tipo visceral ya que comienza en el útero dependiendo de la presentación fetal y de la isquemia de las fibras miométriales. La aparición de dolor se mezcla con la extensión de las estructuras pelvianas unida con las contracciones uterinas, estas contracciones aparecen en la segunda etapa del trabajo de parto y se experimentan en el tracto genital inferior; es por esto que el efecto que se produce es un efecto de estrés fisiológico²⁷ que desencadena modificaciones en los sistemas cardiovasculares y pulmonares como:

- **Cambios cardiovasculares:** en el dolor del trabajo de parto se aligera una activación de la respuesta al estrés, el cual comienza a alterar el sistema respiratorio y cardiovascular. Se aumenta el tamaño del útero en la mujer, con el fin de poder

generar el adecuado crecimiento del bebé. El gasto cardiaco de la mujer se ve aumentado desde el inicio de la gestación hasta el final, los latidos cardíacos de la mujer antes de estar en embarazo son alrededor de 70 latidos/minuto y cuando está en periodo de gestación este se va incrementado a 85 latidos/minuto; produciendo un aumento entre el 40% o 45% del flujo sanguíneo con el fin de proveer un adecuado flujo tanto en el útero como en la placenta de la mujer. ²⁸ En el sistema cardiovascular se comienza a presentar una vasoconstricción por la producción de catecolaminas, asociadas también con la ansiedad materna. En algunas mujeres con compromiso del sistema cardiovascular disminuye la tolerancia al trabajo de parto. ²⁸

- **Cambios respiratorios:** durante la gestación se incrementa la cantidad de oxígeno (hiperventilación) y por lo tanto también durante el trabajo de parto se genera una necesidad alta de volumen respiratorio, debido al estímulo doloroso de la contracción. Por lo cual se da como respuesta hipocapnia, hipoxemia secundaria y desaturación que pueden comprometer la salud y el bienestar del feto. ²⁸

Por otro lado, las contracciones uterinas suelen ser muy dolorosas provocando la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto. Durante la semana 36 a 38 del embarazo la capa muscular del miometrio se coloca en un estado preparatorio; pero aún no hay rompimiento de membranas amnióticas, el cuello uterino inicia la etapa de ablandamiento o remodelación conservando su estructura; luego se procede a la fase de transición donde el cuello uterino comienza a madurar y se produce borramiento y pérdida de la integridad estructural. ²⁹

Estadíos del dolor de parto: en el trabajo de parto se presentan dos fases de presentación y transestadial y cuatro períodos:

- **Fase 1:** la presentación es el inicio de las contracciones donde se compromete el cérvix, el segmento uterino inferior y el cuerpo uterino. Esto se manifiesta como un dolor que es difícil de localizar y es difuso, se manifiesta desde el primer momento de la contracción y se puede identificar por la presencia de presión intrauterina que sobrepasa los 25 mm/Hg. Las fibras nerviosas que transfieren el dolor en la fase 1 se circunscriben en D11 - D12 generando la percepción del dolor a nivel D10-L1.³⁰
- **Fase 2:** se presenta un dolor superficial agudo y localizado. El descenso fetal, la distensión por la vagina y el periné están mediados por los nervios S2 a S4.³⁰
- **Primer período:** este se caracteriza por la presencia del dolor en el momento en que se genera la contracción uterina originando una dilatación y desgarro en el cuello uterino y perineo. En este momento la fuerza de las contracciones contra el cuello uterino cerrado, comprime el extremo nervioso provocando cambios en el miometrio.³⁰
- **Segundo período:** la estimulación nociceptiva del cuello dilatado por la cabeza o el tronco fetal genera sensibilidad y dolor pélvico y perineal, aumentando el dolor durante el proceso. En el trabajo de parto, la percepción nociceptiva es captada mediante las fibras sensitivas que llegan a la médula espinal. Sin embargo, estos factores mecánicos de intensidad, duración y los factores fisiológicos participan en la génesis del dolor.³⁰

- **Tercer periodo:** inicio del nacimiento del feto y finalización con la expulsión de la placenta. ³⁰
- **Cuarto periodo:** después de dos horas de posparto, los estímulos nociceptivos se transportan a la cadena lumbar, donde viajan a través de unas derivaciones comunicativas en T10 - T12 y L1. ³⁰

Desde el enfoque actual de la analgesia obstétrica, una de las técnicas de mayor uso es la analgesia peridural, sin embargo, estudiar el fenómeno a profundidad a permitido identificar el dolor en el parto es generado por estímulos de la contracción uterina y la dilatación cervical, que ascienden por la vía medular (T10 y L1), produciendo una respuesta hormonal de adaptación por el incremento de cortisol y catecolaminas. ³¹

2.5. Etapas del parto

Existen diversas etapas del parto donde la iniciación al trabajo de parto se da por la expulsión del tapón mucoso; una vez que comienzan las contracciones de forma regular, se reconocen tres etapas del parto que varían de acuerdo a condiciones de la mujer como nuliparidad o multiparidad, edad, tamaño y ubicación del feto entre otros. ³² Los períodos se clasifican de la siguiente manera:

- **Dilatación:** Consta desde el inicio del trabajo de parto hasta la dilatación total del cuello uterino. En el caso de las mujeres que están en trabajo de parto por primera vez se presenta primero el borramiento o adelgazamiento del cuello y luego la dilatación o apertura, en cuanto a las mujeres con antecedentes de múltiples partos vaginales estos fenómenos se dan de manera conjunta. Con relación al tiempo de esta etapa también varía en mujeres multíparas tiene un tiempo aproximado de 6 a 8 horas y en primíparas entre 10 y 12 horas. En este período también se describen dos fases: una fase **latente** en la

que aparecen las contracciones de forma regular y hay dilatación cervical hasta los 4 - 5 cm, ya en la fase **activa** se consolida la dilatación y borramiento. ³²

- **Expulsivo:** Es el periodo en donde la mujer procede a pujar y se da el nacimiento del feto. Dura entre 30 a 45 minutos en la primípara y 15 a 20 minutos en la multípara. ³²
- **Alumbramiento:** En este periodo se produce como paso central la expulsión de la placenta y de las membranas ovulares; en este proceso inicialmente disminuye el volumen uterino y se genera una contracción uterina continua que produce un hematoma retroplacentario que ayuda a la salida de la placenta. ³²

2.6. Las mujeres como protagonistas del dolor en el trabajo de parto y parto

De acuerdo con los resultados de un estudio realizado por Rocha Pereira R, Franco C y Baldin N., denominado: "*El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto*" ⁹ con metodología cualitativo - fenomenológico que se realizó en 45 mujeres gestantes, se pudo concluir que las mujeres experimentan un alto grado de temor a medida que se acercaba el trabajo de parto pensando en el dolor que experimentarían, su reacción o desempeño personal en la situación y el riesgo de muerte fetal, entre otros; estas percepciones han sido transmitidas mediante historias de diferentes mujeres, ya sean experiencias positivas o negativas, generando así una preferencia y una elección directa por la cesárea como alternativa para el parto, desencadenando una serie de emociones negativas como la ansiedad.

Desde esta representación aparecen conceptos como la tocofobia o el miedo irracional al embarazo y al parto, afectación y miedo por el rol materno, afectando su desarrollo óptimo. ⁹

- **La visión social del dolor y los medios de comunicación:**

Existen diferentes mitos e historias transmitidas por oralidad a las mujeres y que son reforzadas por los medios de comunicación con relación a la atención del parto, por ejemplo, se escucha que si se practica el parto natural la recuperación es mucho más rápida y satisfactoria sin complicaciones, a diferencia de la cesárea que puede generar un riesgo de infección en la herida quirúrgica. En la mayoría de ocasiones estos medios se encargan de crear una percepción errónea en cada mujer respecto al momento del parto, a través de telenovelas o películas en donde durante este momento aparece una mujer sufriendo, sudando, llorando, gritando o falleciendo durante el proceso, en cambio en el caso de la cesárea se observa una mujer tranquila, un procedimiento seguro y sin dolor aparente lo que resulta contradictorio con la experiencia traumática secundaria al parto vaginal.⁹

- **Alternativas analgésicas al dolor del parto:**

El dolor de parto ha sido visto como una de las experiencias más singulares que una mujer puede experimentar en la vida e incluso sorprende como puede variar su significado en cada parto. El rango o umbral del dolor que se da al momento del trabajo de parto puede variar por aspectos como los cambios a nivel de la postura la postura fetal, la intensidad, duración y frecuencia de las contracciones uterinas y anteriores experiencias en otros partos.²⁷

Es cierto que en la actualidad una de las alternativas de mayor uso para el manejo de dolor en obstetricia es la analgesia epidural, sin embargo, este método basado en el uso de fármacos y de carácter no natural puede generar múltiples efectos adversos como: alteración de la dinámica del parto, aumento de los partos instrumentales, hipotensión materna, alteración en la regulación de la temperatura materna y dificultades en la instauración de la

lactancia materna. La realidad es que la mayoría de las mujeres prefieren el uso de métodos farmacológicos para el dolor durante el trabajo de parto ²⁷ y esto es producto del desconocimiento de los efectos adversos de estos métodos, la falta de opciones en las instituciones hospitalarias y la poca investigación que existe relacionada con el uso de terapias alternativas.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio **de tipo documental** denominado estado del arte. El estado del arte es un tipo de investigación que permite identificar diferentes etapas del conocimiento y tener una comprensión crítica frente a un fenómeno de interés. ³³ En este caso particular las terapias convencionales y las terapias complementarias o alternativas que existen para el manejo del dolor en la mujer en la fase activa del trabajo de parto. Además, permite la comprensión del concepto desde los diferentes planteamientos realizados por diversos autores a partir del fenómeno de interés y que han sido publicados para su revisión junto con las tendencias existentes en la actualidad para el desarrollo del tema o problemática central. Este proceso permite al investigador generar nuevos conocimientos y comprensiones de la temática. Algunos autores como Hoyos Botero consideran que el estado del arte es una investigación con desarrollo propio que se basa en la investigación documental. ³⁴

Desde el enfoque de la hermenéutica, se resalta el énfasis de diversos autores como elemento primordial de la construcción de estado del arte, el cual es un ejercicio que se realiza para interpretar el material literario y dar cuenta de una construcción que de sentido, facilitando así un adecuado entendimiento mediante un lenguaje universal y estandarizado que permita que el lector logre una adecuada comprensión de los resultados de la búsqueda y recopilación de la información; consta de las siguientes etapas:

entender, criticar, contrastar e incorporar, es decir, permite enlazar la descripción, explicación y construcción teórica nueva desde dicha comprensión.³³

3.2. Criterios de inclusión

- Periodo de tiempo de publicación entre 2009 – 2019
- Artículos y documentos de investigación nacional e internacional en inglés, español y portugués
- Artículos de investigación de Enfermería y otras disciplinas cuyo tema central sean las terapias convencionales y las terapias complementarias o alternativas del dolor en el trabajo de parto

3.3. Criterios de exclusión

- Artículos de reflexión, boletines informativos, y revisiones integrativas puesto que la información no se encuentra apoyada con referencias.

3.4. Técnicas de recolección de la información



Gráfica1. Construcción del estado del arte con enfoque heurístico – hermenéutico. Elaboración basada en “*Guía para construir estados del arte*” de Londoño Palacio OL, Maldonado Granados LF, Calderón Villafañez LC.³³

A continuación, se hace una descripción más detallada de las fases anteriormente mencionadas:

- **Fase preparatoria o de iniciación:** este proyecto inició a partir de la selección del grupo de un tema de interés para luego articularse con la investigación “*Efecto de la auriculoterapia y acupresión en el manejo del dolor del trabajo de parto en fase activa*” de la profesora Claudia Patricia Motta León, por lo que se forma el semillero: “*Mujer Alternativa*”.
- **Fase de exploración:** la selección de los artículos, documentos y fuentes de información se realizó, a través de una búsqueda en las bases de datos Scielo, PubMed, Clinicalkey, EBSCOhost ResearchGate y Redalyc; mediante la búsqueda de artículos a partir de las siguientes palabras clave o descriptores:
 - Manejo del dolor
 - Trabajo de parto
 - Mujeres
 - Tratamiento farmacológico
 - Terapias complementarias
 - Dolor de parto
- **Fase descriptiva:** la selección del material se realiza a partir de los criterios de inclusión anteriormente descritos.

- **Fase de formulación:** la formulación de las ideas centrales, se realizó a través del análisis de la pregunta problema y los objetivos presentados al inicio de la investigación.
- **Fase de recolección:** se inició con la recopilación de la información y luego de la lectura crítica de los documentos se consolidó una matriz con datos como: idioma, tipo de documento, tema central, objetivo del estudio, aspectos relevantes para nuestra investigación, metodología, conclusiones y recomendaciones, crítica del documento y referencia en normas Vancouver.
- **Fase de selección:** la construcción total de la matriz bibliográfica se desarrolló con los aportes de distintos autores estructurándolos en un núcleo central: "*Dolor del parto*", a partir de estas diferentes perspectivas, se hace una organización del material y un proceso de categorización parcial descartando los artículos que no aportaban al proceso.
- **Fase de interpretación:** en un comienzo se realizó un análisis del material desde el abordaje cuantitativo, agrupándolo en estadísticas y datos gráficos para conocer los tipos de "*terapias convencionales*" y "*terapias complementarias o alternativas*", posteriormente se ejecutó un análisis por categorías desde el análisis fenomenológico interpretativo cuyo objetivo era hallar la comprensión de los significados asociados a la experiencia vivida; por otro lado se implementó la hermenéutica entendida como la teoría de la interpretación, ³⁵ así mismo se estableció una categoría núcleo denominada: "*Técnicas para el control del dolor en el trabajo de parto*".

- **Fase de construcción teórica:** de la categoría núcleo surgieron una serie de categorías emergentes entre las que se encuentra: “*Dolor de parto, Terapias convencionales y Terapias Complementarias o Alternativas*”, que a su vez permitieron conformar otras subcategorías en las que se describe con profundidad cada método para aliviar el dolor en el trabajo de parto.

Teniendo en cuenta el método de la triangulación, es decir, utilizando diversos autores, perspectivas y fuentes de información cuanti y cualitativas se logró la conceptualización y comprensión del fenómeno; esta estrategia permite tener una mayor credibilidad en el estudio logrando una visión más confiable y profunda de los sujetos y de las experiencias que son el objeto de estudio.³⁵ Al buscar la relación entre cada uno de los temas se realiza el proceso de agrupamiento para así interpretar cada técnica ya sea farmacológica o no farmacológica; finalmente cuando se observa saturación de artículos repetitivos se detiene la búsqueda para así proceder al análisis y consolidación de resultados.

- **Fase de publicación:** después de la elaboración completa del trabajo en el formato Microsoft Word junto con los anexos completos incluyendo la ficha de captación se realiza la divulgación de los resultados obtenidos en el proceso.

3.5. Técnicas de análisis de la información

Para el análisis de la información se aplicó un proceso de revisión del conocimiento y los fenómenos descritos en los documentos investigativos seleccionados. Para el análisis crítico de la evidencia recopilada y la identificación de las características relevantes de los artículos de investigación se tuvo en cuenta el propósito de la investigación, la

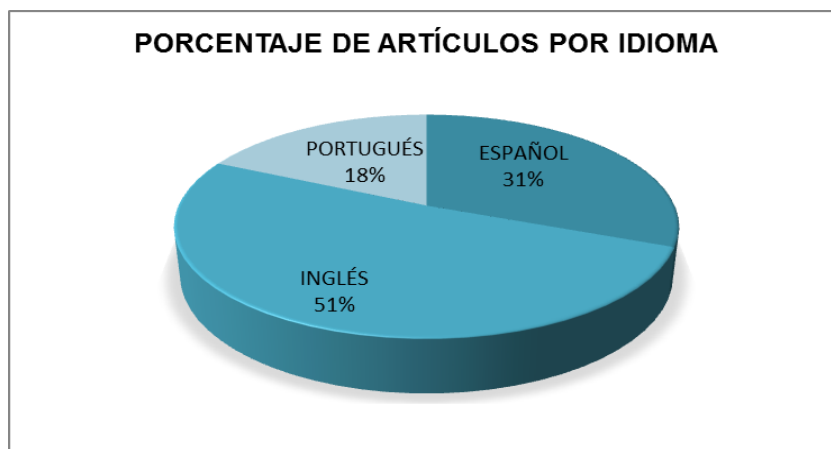
metodología y el tipo de estudio, los objetivos, la discusión y la conclusión para poder formular las conclusiones y resultados propios de la presente investigación.

3.6. Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta los criterios éticos para la investigación planteados por la **Resolución 8430 de 1993** la presente investigación se cataloga como **SIN RIESGO**, ya que por su metodología no requiere de intervención directa, sino que utiliza la información proveniente de las investigaciones hechas acerca de manejo de dolor en el trabajo de parto, por lo cual no requiere consentimiento informado. Sin embargo, se referirá de forma clara en el diligenciamiento de la ficha de captación y en la bibliografía resultante, los datos completos de los artículos y documentos consultados para garantizar el respeto por los derechos de autor.³⁶

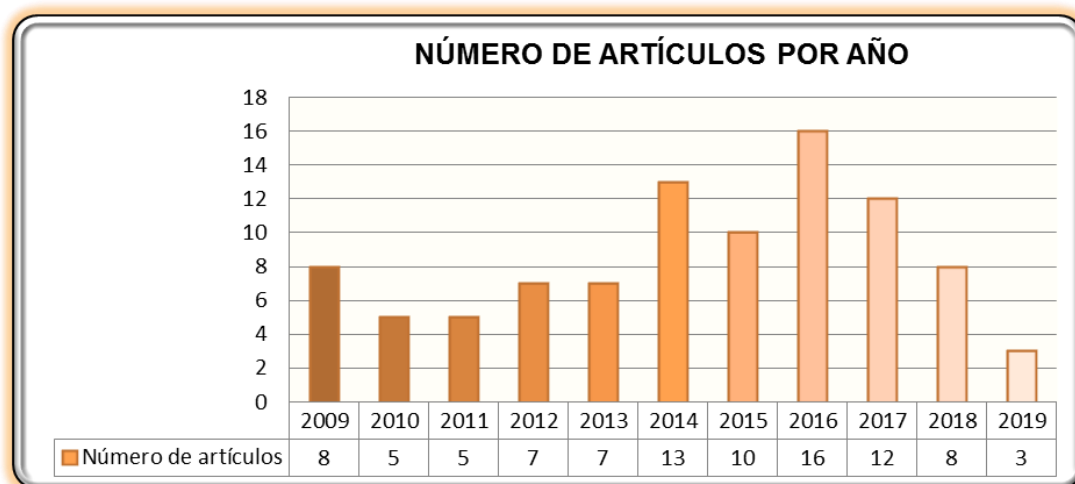
3.7. Resultados

Para el proceso de búsqueda y recopilación de la información se tuvo en cuenta artículos, monografías y tesis; se revisaron 105 artículos de los cuales 11 fueron descartados por no relacionarse con el tema central, por su limitado aporte, por no encontrarse en el período de tiempo establecido o por ser artículos del mismo autor con diferente título, pero la misma idea publicados en revistas diferentes. En total se utilizaron 48 artículos en inglés (51%) 29 artículos en español (31%), y 17 artículos en portugués (18%) para la elaboración y estructuración de la matriz bibliográfica en el programa Excel® del paquete Microsoft Office. Gráfica 2



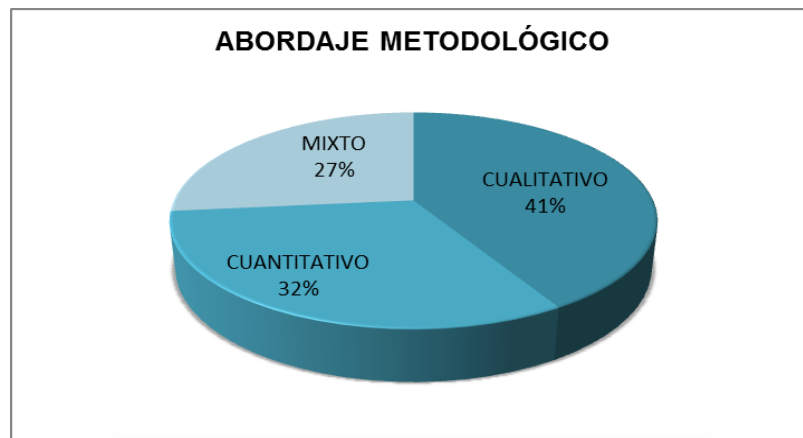
Gráfica 2. Porcentaje de artículos por idioma. Elaboración propia

De acuerdo al periodo comprendido entre 2009 y 2019 se realizó una búsqueda de diversos artículos por cada año. Gráfica 3



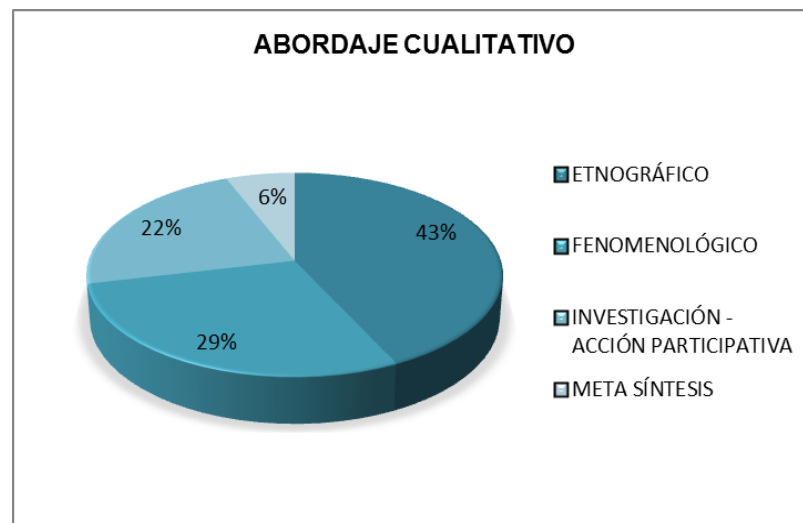
Gráfica 3. Número de artículos por año. Elaboración propia

Frente al abordaje metodológico: 39 de los artículos seleccionados corresponden a metodología cualitativa (41%), 30 artículos a metodología cuantitativa (32%) y 25 artículos de características mixtas (27%). Gráfica 4



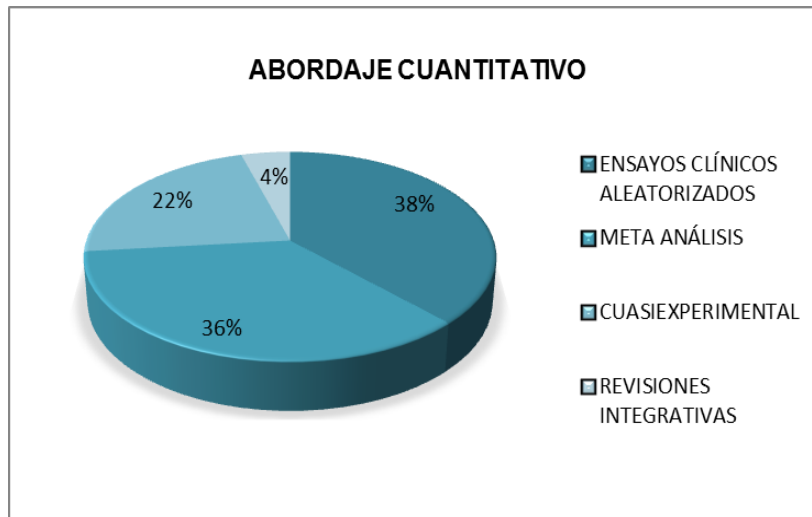
Gráfica 4. Abordaje metodológico. Elaboración propia

Desde el abordaje cualitativo se evidenció que el 43% de los artículos son de tipo etnográfico, el 29% son estudios fenomenológicos, el 22% investigaciones de tipo acción - participación y el 6% corresponde a Meta síntesis. Gráfica 5



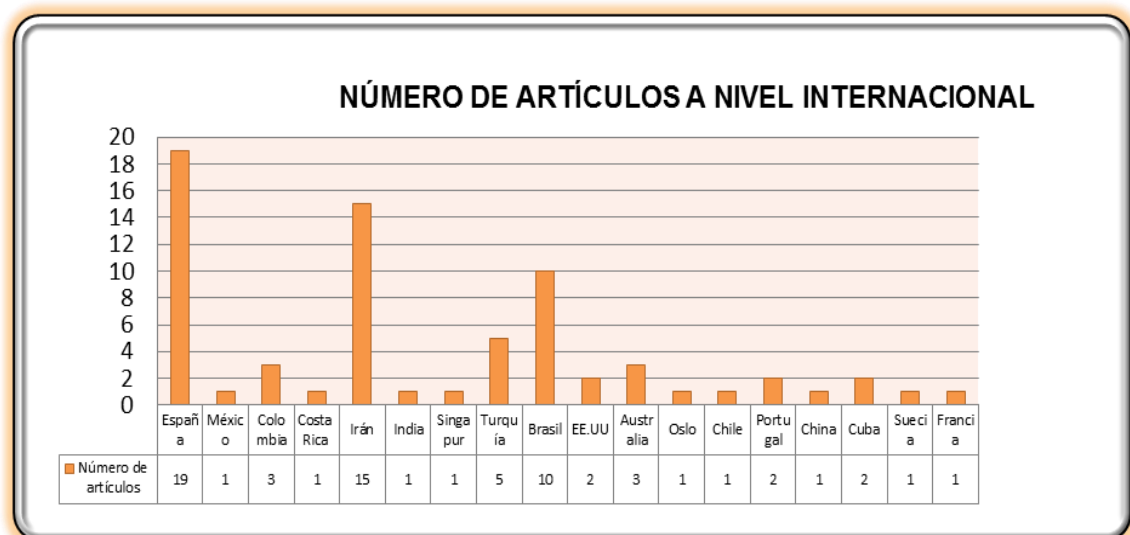
Gráfica 5. Abordaje cualitativo. Elaboración propia

Desde el abordaje cuantitativo encontramos que el 38% de los artículos corresponden a ensayos clínicos aleatorizados, el 36% a Meta análisis, el 22% a estudios cuasi experimentales y el 4% corresponden a revisiones integrativas. Gráfica 6



Gráfica 6. Abordaje cuantitativo. Elaboración propia

Se desarrolló la búsqueda de artículos a nivel internacional para obtener mayor validez y capacidad de réplica de los datos derivados de la investigación. Gráfica 7



Gráfica 7. Número de artículos a nivel internacional. Elaboración propia

4. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO

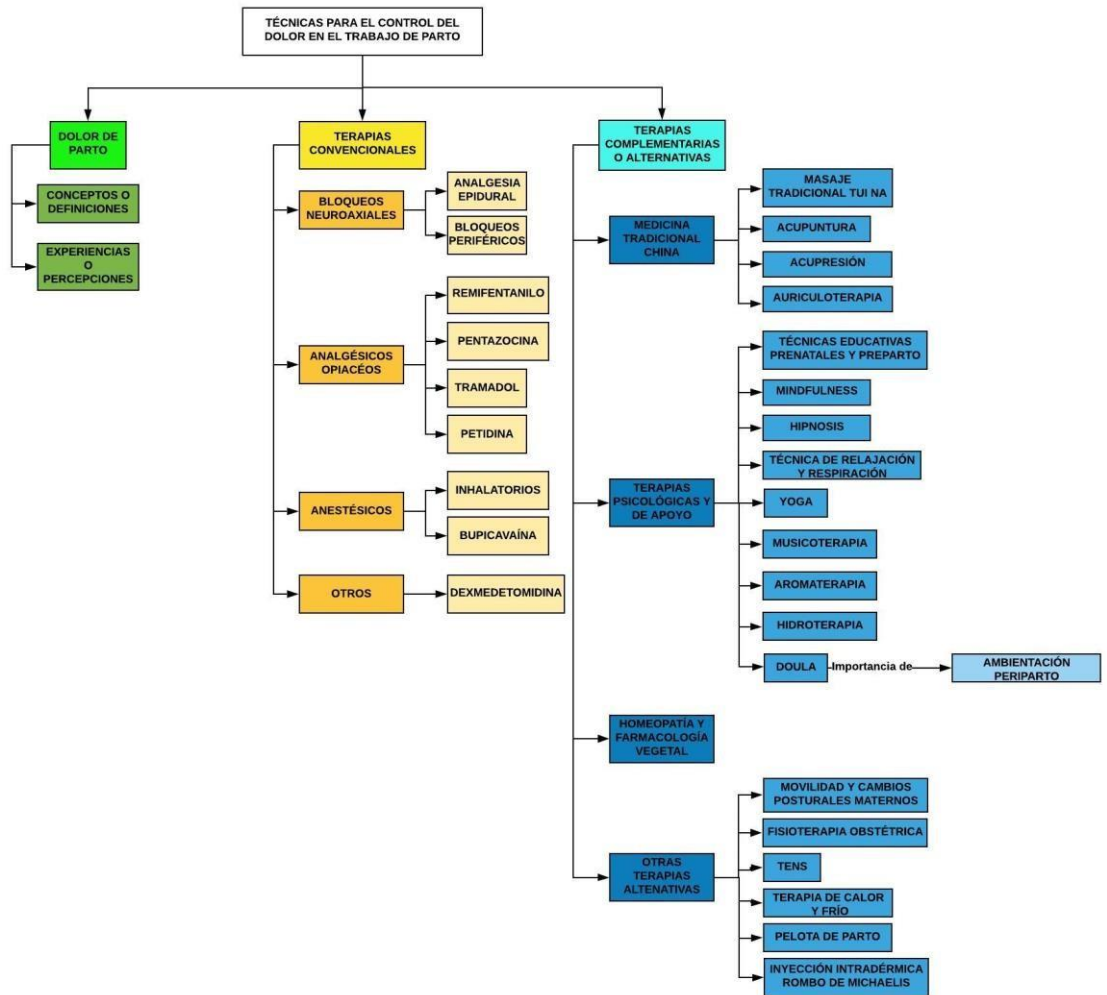
La categoría núcleo y las categorías emergentes que vamos a desarrollar a continuación se relacionan con las terapias convencionales y terapias complementarias o alternativas existentes para el alivio del dolor en el trabajo de parto que fueron encontradas en la revisión de literatura realizada como eje central de esta investigación; entendiendo el dolor como una *“experiencia subjetiva que puede ser desagradable para la mujer que la vivencia”*,³⁷ dicha percepción sobre este fenómeno puede ser modificada al utilizar ciertos métodos para el control fisiológico, psicológico y emocional del dolor, que mejoren de manera efectiva su representación en la experiencia de la materna.

Además, es importante generar un conocimiento enriquecedor para el profesional de Enfermería que trabaja dando un cuidado a la gestante y su familia respecto a la variedad de posibilidades que existen para hacer del momento del parto, algo memorable y también a través del desarrollo de habilidades como la empatía, la comunicación, el respeto, la escucha activa, entre otros; logrando así un impacto positivo en el bienestar de la mujer.

Para facilitar la comprensión de los resultados derivados de la construcción del estado del arte, realizado a partir del entendimiento de las estrategias utilizadas en la actualidad para el abordaje del dolor durante el trabajo de parto se desarrolló un mapa de conceptos que expone las categorías resultantes de la siguiente manera:

- Categoría núcleo: Técnicas para el manejo del dolor en el trabajo de parto.

- Categorías emergentes: Dolor de parto, Terapias convencionales y Terapias complementarias o Alternativas, que a su vez permitieron la consolidación de otras categorías de análisis que se ampliarán a continuación.



Gráfica 8. Mapa conceptual de Técnicas para el control del dolor en el trabajo de parto. Elaboración propia.

4.1. Dolor de parto

Esta categoría emergente fue construida a partir de las definiciones y percepciones del dolor de parto teniendo en cuenta lo referido por las mujeres que lo experimentan y las consideraciones anatomo - fisiológicas del proceso.

4.1.1. Conceptos o definiciones

El dolor de parto va más allá de un fenómeno fisiológico, para la futura madre es un momento de malestar, pero a su vez de bienestar y esperanza pues significa el resultado final de un proceso incierto y anhelado por ella y su familia. Este evento generado por las contracciones uterinas provoca un dolor inexplicable en la zona lumbar, el cual es manifestado de manera intuitiva con gritos, llanto, desespero e impotencia; ocasionando angustia y estrés. En la actualidad el dolor del parto desde la literatura científica esta descrito como uno de los más intensos que puede experimentar una mujer a lo largo de su vida especialmente al momento de iniciar el trabajo de parto. ³⁸

Hemos encontrado que este fenómeno se relaciona con la contractilidad de los músculos y la presión de la cabeza del feto sobre el cuello uterino, generando la secreción de catecolaminas endógenas que activan a los receptores beta – 2 - adrenérgicos, dando como resultado un estímulo doloroso. Al mismo tiempo, el dolor ocasiona limitación en la cooperación del trabajo de parto y disminución en la oxigenación que puede conllevar a una afectación del flujo feto - placentario, resultando en un estado de acidosis fetal. ³⁹

Otra de las características encontradas a partir de la búsqueda realizada se relaciona con la ubicación en las áreas lumbosacra de cadera y abdominal inferior principalmente ⁴⁰ y la relación de su intensidad con el número de gestaciones, es decir, en mujeres primigestantes el dolor puede ser calificado por la mujer como severo o de mayor intensidad, en contraste con las mujeres multíparas que pueden calificar su intensidad como moderada, en especial si es comparado con experiencias previas. ⁴¹

Un aspecto relevante que podemos deducir a partir de nuestro aprendizaje teórico y práctico en el área de Cuidado de Enfermería a la Mujer, gestante y recién nacido y la construcción de este estado del arte es que el tiempo del trabajo de parto es una variable significativa que afecta la evaluación del dolor por parte de la gestante, por ejemplo si el trabajo de parto es más prolongado en las mujeres primigestantes con una duración promedio 12 a 16 horas y más corto en las multigestantes (entre 6 a 10 horas) este factor relacionado con el tiempo de exposición definitivamente condiciona la apreciación de la experiencia dolorosa. Este hallazgo permite entender por qué el manejo del dolor en la mujer durante el parto no puede ser un proceso generalizable, sino que debe contemplar la individualidad de la atención de la mujer teniendo en cuenta sus particularidades, lo que puede resultar en que el parto sea uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer; ⁴² o un recuerdo desagradable, negativo e incluso traumático que deje secuelas. ^{43, 44}

Otro de los factores determinantes en la percepción del dolor se relaciona con el tipo de parto y su complejidad, teniendo en cuenta la revisión del artículo *“Análisis y evaluación de la efectividad de la analgesia epidural y su relación con el parto eutócico o distócico”* de los autores Sánchez Millagon V, Sánchez E y Miranda A, ⁴⁵ el parto distócico presenta más complicaciones y requiere de maniobras o intervenciones quirúrgicas para su correcta finalización; existen 2 tipos de distocias: las dinámicas (anomalías en la actividad contráctil del útero) y las mecánicas (la pelvis de la madre es muy ancha y no facilita la salida del bebé); en ambas es habitual que se produzca sufrimiento fetal, lo que obliga a dar por finalizado el parto con urgencia para evitar lesiones fetales. Teniendo en cuenta lo anterior, el parto distócico y la macrosomía fetal se han relacionado con una

mayor sensación de dolor durante el trabajo de parto, sobre todo durante el primer estadio. ⁴⁵

En cuanto al manejo del dolor en el trabajo de parto, debemos hacer una distinción entre analgesia y anestesia; analgesia es el alivio del dolor, anestesia es la suma del alivio del dolor y pérdida de sensibilidad. ⁴³ Durante el primer estadio del parto, algunas medidas no farmacológicas y el bloqueo paracervical pueden ser una alternativa eficaz a la analgesia epidural cuando esta se encuentra contraindicada o no hay acceso a ella. El segundo estadio del parto es más doloroso, por lo que durante este período se opta por la administración parenteral de analgésicos opiáceos, solos o con antieméticos y la colocación de analgesia peridural con el riesgo de producir detención en el trabajo de parto. ⁴⁶

La pérdida de bienestar emocional y la sensación de malestar durante el trabajo de parto junto con otros factores como la deshidratación materna, la condición basal y la inadecuada preparación psicológica puede dar como resultado estrés materno excesivo, mayor carga de trabajo mecánico, aumento de la demanda de oxígeno e hiperventilación; aumentando la secreción de catecolaminas, la vasoconstricción uterina, el aumento de la contractilidad uterina, la hipoperfusión de la unidad feto placentaria e hipoxia fetal. ⁴⁷ Teniendo en cuenta que la satisfacción en la experiencia del trabajo de parto depende no solo del dolor sino también de las expectativas previas, el nivel de preparación y las complicaciones que puedan presentarse durante la fase de la dilatación – expulsivo, la actuación del profesional de Enfermería en este momento resulta fundamental a través de un cuidado holístico basado en la escucha y el análisis de las necesidades de confort de la persona, considerando la importancia

de explicar cada procedimiento a realizar y permitiendo a la mujer y su familia ser sujetos activos del proceso. ⁴⁸

4.1.2. Experiencias o percepciones

Cuando como profesionales de Enfermería logramos entender que la experiencia dolorosa en el trabajo de parto es subjetiva y multifactorial logramos dar un manejo más asertivo a la misma. Desde nuestra experiencia como estudiantes por la rotación en el servicio de sala de partos, tuvimos la oportunidad de acompañar a varias mujeres en este ejercicio de transición vital y observamos distintos comportamientos y manifestaciones físicas y emocionales relacionadas con el dolor en las parturientas, algunas gritaban: - *¡Sáquenmelo ya! ¡No soporto el dolor, póngame la inyección!* acompañadas de un apretón de mano o posiciones incómodas para la materna; mientras que otras se encontraban tranquilas llevando un trabajo de parto progresivo e incluso de asombro frente a las reacciones de algunas de sus compañeras de sala, esto definitivamente confirma que la experiencia de cada parto es “*única e irrepetible*” y así debe ser manejada por los profesionales que trabajan en sala de partos.

Como lo confirma Núñez P (2014) en su artículo “*Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica*”, ⁴⁹ la experiencia dolorosa de parto depende de diversos elementos y existen algunos aspectos que hacen de la vivencia algo intolerable, por ejemplo la incertidumbre frente al tiempo que durará el trabajo de parto y la disponibilidad de la anestesia, la sensación de perder el control, la realización de procedimientos continuos dolorosos (como los tactos), la falta de comprensión de la unicidad de la vivencia, la incapacidad para la toma de decisiones y la necesidad de acompañamiento continuo y emocional por parte del personal sanitario o una persona significativa. ⁴⁹

En vista de lo anterior se demuestra que el dolor no es el único factor que causa sufrimiento durante el trabajo de parto, sino que existen otros elementos que configuran la experiencia, como se evidencia en el siguiente relato: - *“Me hicieron muchos tactos, no sé, 6, 7; venía una, otra y otra... Había una doctora que estaba a cargo y ella también me hacía tactos y traía a estudiantes (...) Cada tacto me dolía mucho, muchísimo, pero mucho, mucho más que todo lo demás. Aparte, esa sensación de impotencia: ¿por qué tantos tactos?, si con uno ya basta... Tuve que pedir la segunda epidural porque me empezó a doler de nuevo y ya a esas alturas me había olvidado de que quería parto natural y lo único que quería era que no me doliera cuando me hacían los tactos, porque yo soportaba las contracciones, pero contracciones y tacto... era ya una cosa descabellada del dolor, invasivo y tanta gente... Aparte de que, claro, tú estás con las piernas abiertas y es que habían ¡6 personas!”*.⁴⁹

Por otro lado, uno de los factores fundamentales durante el trabajo de parto según nuestro punto de vista, es el acompañamiento de la pareja, conyugue o algún familiar significativo, ya que esta presencia produce una sensación de tranquilidad, compañía permanente y un ambiente familiar para la mujer en trabajo de parto, es importante comprender que las parturientas se enfrentan a personas desconocidas, ambientes fríos, restricciones difíciles de manejar como la limitación al movimiento y el consumo de agua, lo que hace que estos escenarios institucionales de atención de parto parezcan hostiles antes sus ojos y conviertan el proceso en una experiencia negativa.

Como se evidencia en el estudio *“Acupuntura en analgesia laboral: percepciones de parturientas”* de Gue Martini J y Greice Becker S,⁵⁰ donde una mujer compartió su experiencia después del parto: *“Fue un*

momento único de mi vida; cuando estuve allí, sentir ese dolor intenso, mirarlo (al padre) y ver que estaba llorando junto a mí, dándome apoyo, masaje y consuelo, me dio fuerzas para continuar, no para rendirme". Se observa en el discurso el valor dado por la presencia y participación del cónyuge en el proceso de nacimiento. Desafortunadamente, sabemos que no todas las instituciones de salud valoran o permiten dicha participación de la familia, que como se ha comprobado es de gran importancia.⁵⁰

Otro aspecto que resulta altamente relevante en el proceso del trabajo de parto es la preparación previa al evento central, por lo que debe reconocerse que cuando se acerca la fecha probable de parto comienza en la gestante y su familia una mezcla de emociones, expectativas y temores que tendrán un efecto determinado de acuerdo al grado de conocimiento de la mujer y sus estrategias de afrontamiento, la interrelación de estos factores puede generar aumento de ansiedad, focos de preocupación e incertidumbre.

Entre las preguntas que aparecen con frecuencia en las mujeres previo al parto se encuentran: "*- ¿Volveré a recuperar mi cuerpo y forma anterior?, ¿Será insoportable el dolor?, ¿Estaré sola o alguien podrá acompañarme?, ¿Irá bien el parto?, ¿Nacerá sano mi hijo?, ¿Seré capaz de cuidarlo?, ¿Podré darle el pecho?, ¿Podré reincorporarme al trabajo y cuidar de mi hijo?*". Esta situación podría manejarse de mejor manera, con una intervención oportuna de los profesionales involucrados en la atención de la mujer durante la gestación y el parto, como lo demuestra el estudio: "*Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud*" realizado por Benvinda M, Nieve de Jesús S y Casado MI,⁵¹ donde se demuestra la efectividad de la técnica de relajación de los músculos para lograr un afrontamiento eficiente del estrés propio de la gestación

donde la mujer debe adaptarse a los distintos cambios físicos y emocionales.⁵¹

4.2. TERAPIAS CONVENCIONALES

En esta categoría se describen las opciones relacionadas con el uso de medicamentos y técnicas farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y el parto. La anestesia epidural es la estrategia más utilizada, puesto que existe una mayor evidencia científica que apoya su eficacia, sin embargo, también es la que presenta más efectos adversos.³⁸

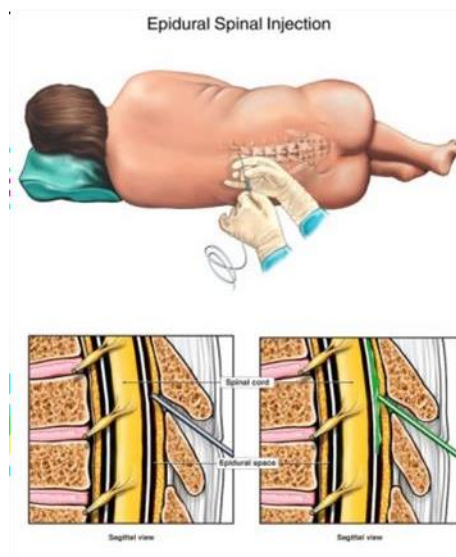
4.2.1. Bloqueos neuroaxiales

Esta técnica consiste en el bloqueo de la transmisión del dolor a través de la médula espinal generando una analgesia efectiva, dicho bloqueo se produce en las raíces nerviosas bajas torácicas y sacras. Tiene como desventaja una posible hipotensión materna, mayor riesgo de parto instrumental debido a un parto prolongado y está contraindicado en pacientes con problemas de coagulación, pero dicha contraindicación tiene como opción el empleo de la analgesia intravenosa.⁵²

A nuestro juicio es importante tener en cuenta la educación que se le proporciona a la mujer sobre los efectos adversos de esta técnica y aunque antes de su aplicación; el anesthesiólogo debe explicar a la persona las posibles complicaciones y confirmar su aceptación a través de la firma de un consentimiento informado, se debe garantizar que este proceso sea lo más interactivo posible, en donde mediante un lenguaje sencillo y claro se explique a la mujer no solo la forma de realizar el procedimiento y los efectos adversos que pueden presentarse sino otras alternativas para el manejo del dolor, en caso de que la mujer prefiera otras intervenciones para el control y manejo del dolor.⁵²

4.2.1.1. Analgesia epidural

La analgesia epidural o conocida también como peridural es el método de elección para el tratamiento del dolor del trabajo de parto, el expulsivo, el alumbramiento e incluso el posparto.⁵³ Es una técnica que consiste en colocar a la gestante en posición decúbito lateral o sentada y puncionar el espacio entre las dos apófisis espinosas de las vértebras lumbares para administrar anestésicos locales como Bupivacaína o Lidocaína. Gráfica 9. 54



Gráfica 9. Epidural Spinal Injection. EBSCOhost. Tomada desde: <https://bit.ly/3drEzSJ>

Esta técnica puede ser dificultosa en casos de obesidad, edema, escoliosis, traumatismos o punciones epidurales anteriores fallidas por anomalías de la columna vertebral congénitas o adquiridas; por otro lado, otras complicaciones que pueden presentarse se relacionan con la inadecuada localización del espacio epidural o la administración de una dosis incorrecta del fármaco por parte del profesional que realiza el procedimiento.³⁸ Dentro de la revisión que se realizó del artículo “*Análisis y evaluación de la efectividad de la analgesia epidural y su relación con el parto eutócico o distócico*” de los autores Sánchez Millagon V, Sánchez E y Miranda

A, ⁴⁵ los autores concluyeron que entre más intenso sea el dolor al comenzar el parto existe una mayor probabilidad de que este finalice con una cesárea por un inadecuado manejo del dolor, también se pudo establecer la relación entre la realización del bloqueo epidural con el aumento de las tasas de partos instrumentados y cesáreas por detención del trabajo de parto. ⁴⁵

En la actualidad muchas gestantes especialmente las primerizas se cuestionan acerca de cómo manejarán el dolor durante el trabajo de parto, la conveniencia de escoger esta técnica es de alta demanda y también si esta representará una alternativa efectiva que garantice un parto menos doloroso y es que esta técnica ha demostrado ventajas como el control del dolor, mayor tolerancia a la exploración vaginal durante el período de dilatación, mayor colaboración de la paciente en el expulsivo y menos riesgos para el feto y la madre con respecto a la anestesia general en el caso de urgencia-emergencia; ⁵⁵ pero su administración también ha mostrado algunos riesgos y efectos como analgesia insuficiente, cefalea, hipotensión y otros más raros como meningitis, lesiones nerviosas o anafilaxia. ⁵⁶

Con respecto a las percepciones de la mujer frente a su uso, en el estudio *“Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad” del autor Campuzano C,* ⁵⁷ al valorar por encuesta telefónica el nivel de analgesia subjetivo de la mujer a la que se le había aplicado esta técnica y su grado de satisfacción; dentro de los resultados se encontró que el 70% de las participantes refirieron no tener ningún dolor tras la analgesia epidural, el 15% dijeron que la administración fue demasiado tarde por una falta de atención oportuna por parte del equipo sanitario y

el 15% adicional refirió experimentar un leve dolor en el trabajo de parto tras la técnica epidural.⁵⁷

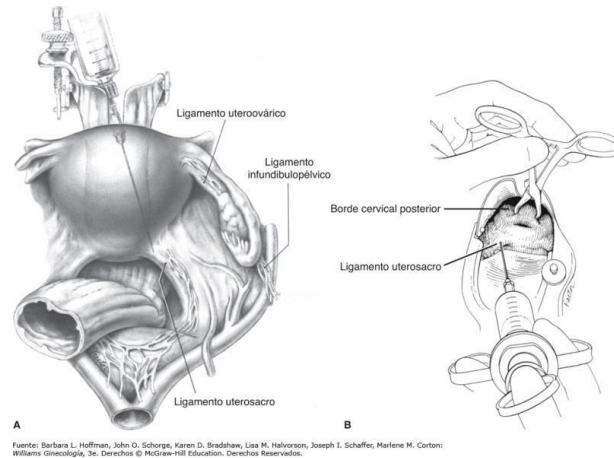
Es importante considerar que aunque la analgesia epidural ha mostrado un alto nivel de efectividad en el alivio del dolor durante el trabajo de parto, especialmente en las primigestantes; en la realidad del contexto colombiano no es una estrategia al alcance de todas las mujeres, su cobertura es más bien limitada a áreas urbanas e instituciones de carácter privado, regímenes especiales y medicina prepagada, pero su acceso a territorios rurales y dispersos geográficamente es prácticamente nulo, en estos lugares no se logra garantizar la atención institucional del parto y mucho menos el manejo del dolor con técnicas farmacológicas complejas.

Esta situación es un llamado, a la innovación y generación de cambios en la obstetricia, debemos comenzar a emplear otras técnicas que tengan un impacto positivo en la experiencia del parto disminuyendo las sensaciones desagradables como el dolor, el miedo, la angustia y el temor entre otros y a su vez facilitando que estas lleguen a las poblaciones más lejanas y vulnerables, lo que definitivamente sería más sencillo si estableciéramos lazos de cooperación con parteras y matronas de las regiones y aplicáramos de forma real las intervenciones propias de un parto humanizado.

4.2.1.2. Bloqueos periféricos

Los bloqueos periféricos representan otra alternativa farmacológica de uso frecuente para manejar el dolor de parto, se define en la literatura como *“una forma de apagar las señales del dolor de un área específica del cuerpo, son un tipo de anestesia regional”*⁵⁸ se clasifican en paracervical y pudendo. El bloqueo paracervical es la

inyección de un anestésico local, como lidocaína al 1% alrededor del cuello uterino para adormecer los nervios cercanos y así disminuir el dolor durante la dilatación cervical. 38. Gráfica 10



Gráfica 10. Bloqueo paracervical. EBSCOhost. Tomada desde: <https://bit.ly/2YCpzx7>

Por otra parte, el bloqueo pudendo es la inyección de un anestésico local, como la lidocaína en el canal pudendo o Alcock, que es donde se encuentra el nervio pudendo, lo que genera un rápido alivio del dolor en el perineo, la vulva y la vagina. Estas opciones se utilizan solo en las fases iniciales de dilatación de 4 - 5 cm a intervalos de al menos 1 hora. Es importante mencionar que, a partir de 8 cm de dilatación, esta técnica es más difícil de realizar y tiene más riesgo de efectos secundarios. 38

4.2.2. Analgésicos opiáceos

Son un grupo de fármacos también conocidos “*narcóticos*” elaborados a partir del opio, se utilizan como tratamiento del dolor intenso y su acción se produce por la interacción con los receptores opioides de las neuronas del sistema nervioso central de la mujer. Durante las primeras etapas del trabajo de parto se administran pequeñas dosis buscando no interferir en la capacidad de la mujer para pujar durante el parto. Su uso ha demostrado algunas complicaciones y efectos adversos puesto que atraviesan la barrera placentaria afectando el

feto, disminuyendo la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal y causando depresión respiratoria; en la gestante pueden producir prurito, náuseas, vómitos, junto con depresión respiratoria y sedación en dosis tóxicas, por lo que es importante explicar a las gestantes los efectos que se pueden presentar en ella relacionados con el efecto sobre el sistema nervioso y los que implican el bienestar fetal.⁵² El opioide y el anestésico local funcionan sinérgicamente, permitiendo el uso de menores concentraciones de ambos medicamentos y la disminución del riesgo derivado de dosis demasiado altas.⁵⁹ En particular daremos algunos ejemplos de los más utilizados en la práctica y cuyas características se mencionan en la literatura encontrada:

4.2.2.1. Remifentanilo

Es un opioide sintético agonista puro, de acción ultracorta que permite una recuperación rápida;⁶⁰ es el medicamento de elección en la analgesia intravenosa durante el trabajo de parto, sin embargo, en algunas gestantes no se consigue un adecuado control del dolor con el uso de este opioide.⁶¹ En un artículo de revisión de Arnal D, Serrano ML, Corral EM y García del Valle S. denominado "*Remifentanilo intravenoso para analgesia del trabajo del parto*"⁶² y elaborado con 37 referencias de 281 embarazadas con las que se utilizó el remifentanilo; se demostró que en la mayoría de los casos las gestantes manifestaron un alto nivel de satisfacción relacionado con la disminución del dolor, en comparación con el uso de meperidina y óxido nítrico, el remifentanilo tiene un mayor efecto analgésico.⁶²

El uso de analgésicos especialmente opioides es una práctica común en el manejo del dolor en la gestante, sin embargo, es muy importante explicar a la gestante en un lenguaje claro y entendible

los efectos de estos medicamentos, como actúan y sus posibles efectos adversos, para que la decisión de su administración no se limite a una prescripción médica, sino que responda a una decisión consensuada con la paciente.

4.2.2.2. Pentazocina

Es un analgésico potente, está clasificado en la categoría C según la Guía de Clasificación Teratogénica FDA (Food and Drugs Administration), ⁶³ además, causa un efecto negativo sobre las contracciones uterinas, aumentando así la duración del trabajo de parto; este efecto se registró en un estudio realizado por Zafar S, Najam Y, Arif Z y Hafeez A. denominado “*A randomized controlled trial comparing Pentazocine and Chamomilla recutita for labor pain relief*”, ⁶⁴ cuyos resultados demostraron que la duración media del trabajo de parto fue en promedio una hora mayor en el grupo de Pentazocina, en comparación con el grupo control. ⁶⁴

El análisis de la evidencia disponible permite deducir que este medicamento no debe ser empleado durante el embarazo, y que tampoco es un fármaco recomendable para el manejo del dolor durante el parto, ya que su potencia analgésica no se equipará con otros medicamentos utilizados de forma habitual, en cambio su uso se ha relacionado con efectos secundarios severos en el patrón respiratorio del recién nacido.

4.2.2.3. Tramadol

Es un analgésico opioide de acción central que está incluido en el segundo escalón de la escalera analgésica de la OMS, su mecanismo de acción se relaciona con la inhibición de la recaptación neuronal de noradrenalina y de serotonina funcionando como agonista puro, no selectivo sobre los receptores opioides μ , δ

y κ.⁶⁵ Este medicamento está clasificado en la categoría C según la Guía de Clasificación Teratogénica FDA (Food and Drugs Administration),⁶³ se recomienda su administración por vía intramuscular. Su eficacia analgésica en la fase activa del trabajo de parto se demostró en el artículo escrito por Espinoza E, Arévalo C y Abril CP. “*Ensayo Clínico Aleatorizado: Eficacia analgésica del tramadol durante la fase activa del parto*”.⁶⁶ al ser comparado con butilbromuro de hioscina; en cuanto a los efectos secundarios, no se observó prolongación de la fase activa del parto o alteraciones en el feto.⁶⁶

4.2.2.4. Petidina

Generalmente conocida como meperidina, actúa como un agonista en los receptores m-opioides. Además, tiene actividad anestésica local relacionada con sus interacciones con los canales iónicos de sodio. Se puede administrar intramuscular en dosis de 1 mg/Kg (50–100 mg) o intravenoso 0,5-1 mg/kg logrando un efecto casi inmediato. Lo ideal es administrar en dosis bajas, pero con mayor frecuencia, de esta manera se reduce la probabilidad de una depresión neonatal, también es importante analizar la historia clínica de la gestante antes de administrar el analgésico puesto que está contraindicado en asma aguda o severa, depresión respiratoria e hipotiroidismo.^{38.67}

4.2.3. Anestésicos

4.2.3.1. Inhalatorios

El óxido nitroso es un sedante, que se administra por vía inhalatoria, a través de una mascarilla que se mezcla con oxígeno al 50%. Sirve para aliviar el dolor durante la dilatación y el trabajo de parto, siendo una analgesia segura para el feto, pero de

potencia moderada. Además, se puede utilizar halogenado como el sevoflurano e isoflurano. Es importante explicar a la gestante que este sedante no tiene como objetivo dormir a la persona, por el contrario, la persona podrá oír y responder a las preguntas que se le realicen, esto se conoce como “sedación consciente”.³⁸

4.2.3.2. Bupivacaína

La bupivacaína es un anestésico local de larga duración y uno de los más utilizados para la anestesia espinal,⁶⁸ debido a la potencia analgésica y velocidad del efecto durante el trabajo de parto, además puede ser utilizada en combinación con el fentanilo.⁶⁹

De acuerdo al estudio realizado por Rodríguez R, Márquez H, Jiménez MV, Iparrea IC. Denominado “*Eficacia analgésica entre dos concentraciones de bupivacaína en mujeres en trabajo de parto. Ensayo clínico controlado aleatorizado triple ciego*”,³⁹ se puede evidenciar que la concentración de bupivacaína al 0,25% tiene una alta eficacia analgésica en comparación con bupivacaína al 0,125%, por su mejor afinidad a las proteínas plasmáticas de la gestante. Al comparar los valores de la escala EVA medida en el minuto 0, 15, 30, 60 y 90 se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor con bupivacaína al 0.25% en cuanto a la disminución de la percepción del dolor, es importante recordar que antes, durante y después de la administración de este el enfermero debe realizar un monitoreo constante de los signos vitales especialmente la tensión arterial y frecuencia cardíaca, por su efecto de reducción de la permeabilidad de la membrana al sodio.³⁹

4.2.4. Otros

4.2.4.1. Dexmedetomidina

Este medicamento produce analgesia y un efecto sedante mediados por la inhibición del locus coeruleus y el núcleo noradrenérgico predominante, situado en el tronco cerebral. En combinación con opioides produce un efecto sinérgico, reduciendo los efectos adversos como náuseas, vómito y edemas.³⁷

En el estudio propuesto por Villa JMM, denominado *“Dexmedetomidina como coadyuvante analgésico para el trabajo de parto. Reporte de dos casos”*,³⁷ se muestran los siguientes resultados: *“En ambas pacientes mejoró la calidad de la analgesia tras la administración de dexmedetomidina en infusión continua, ya que se obtiene una sedación superficial que les permitía interactuar adecuadamente con el medio, sin presentar efectos secundarios clínicos evidentes en su hemodinámica ni en el estado fetal; además, refirieron satisfacción con la técnica”*.³⁷ Es importante que el profesional de Enfermería no olvide los cuidados prioritarios como el hecho de que su administración es únicamente por un equipo de perfusión controlada o bomba de infusión y que está contraindicado en gestantes con hipotensión no controlada puesto que este es uno de sus efectos adversos más frecuentes.

4.3. ESTRATEGIAS O TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS

La conceptualización de esta categoría hace referencia a las intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor, llamadas también: *“Terapias Alternativas – Holísticas – No convencionales o complementarias”* entre otras denominaciones. Desde su redescubrimiento en Occidente, estas intervenciones han sido reconocidas por sus efectos positivos y la escasa probabilidad de generar efectos adversos que pongan en riesgo la vida de las

personas que las utilizan, también como una alternativa al manejo habitual y unidimensional de síntomas como el dolor. ⁷⁰ El uso de estas terapias durante las últimas décadas ha generado un impacto positivo en la atención de la enfermedad y algunos síntomas desagradables y cada vez más son más conocidas y utilizadas.

La OMS recomienda el uso de estrategias no farmacológicas para aliviar las molestias ocasionadas por el dolor durante el trabajo de parto, reconociendo dentro de sus ventajas el mayor confort frente al dolor, la reducción del estrés, la rehabilitación cognitiva y la estimulación de diferentes zonas para una óptima relajación, entre otras. Lo que permite al profesional realizar diferentes procedimientos de forma satisfactoria, siempre y cuando la ejecución de estas técnicas se realice a partir de una adecuada formación y de acuerdo a conocimientos actualizados preferiblemente apoyados por la investigación científica. ⁷¹

A continuación, se dará a conocer desde diversos estudios algunas de las estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto, encontradas en la literatura; algunas de las cuales han probado beneficios significativos en la gestación y parto sin causar daño en la mujer o su recién nacido, con el propósito de brindar los conocimientos teóricos a los profesionales en el área de la salud para facilitar su aplicación en el ámbito hospitalario.

4.3.1. Medicina tradicional china

Este conocimiento milenario nació hace más de dos mil años (aproximadamente del año 2698 a. C.) su fundamento es el taoísmo y busca como objetivo principal el restablecimiento de un equilibrio entre la totalidad del organismo y de este con el universo. Este sistema está basado en el concepto de Qi y su flujo a través de 12 meridianos o

“canales de energía” principales, además de su relación con la salud y la enfermedad.⁷²

Es importante mencionar que dado el reciente reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a las Medicinas tradicionales, desde el año 2003 se han desarrollado políticas y estrategias para fomentar la investigación, la seguridad, la promoción y la calidad de éstas, esto se debe al elevado porcentaje de personas interesados en conocer y utilizar esta práctica.⁷³ En esta categoría en particular se mencionan algunas técnicas utilizadas como tratamiento y que hacen parte de la medicina tradicional china.

4.3.1.1. Masaje tradicional chino o TUI NA

Los orígenes de esta intervención se remontan a 4000 años atrás, donde se conocía como “AN MO”, “AN” que significa apretar y “MO” friccionar; dentro de los tipos más practicados por los terapeutas en medicina china se encuentra el Tui Na (Tui” empujar - “Na” agarrar).⁷⁴

En esta técnica de masaje se utilizan las manos y las yemas de los dedos, dependiendo de la preferencia de la mujer puede ser aplicado con una leve o moderada presión; generando un momento de relajación por el contacto de piel con piel al recorrer cada musculo contraído y recuperando su capacidad y elasticidad, mediante una gran variedad de movimientos sobre la superficie corporal en zonas muy específicas o a través de los canales de energía. El masaje genera alivio del dolor y promueve la recuperación del tejido blando (músculos, ligamentos y tendones). Para la medicina china, el dolor es producto de un bloqueo energético, por lo que al realizar el masaje se podrá relajar la zona,

aumentando el movimiento y la flexibilidad permitiendo una mayor circulación.⁷⁴

Durante el trabajo de parto el masaje es efectivo para aliviar la ansiedad, el estrés y el dolor, aportando un equilibrio físico, mental y emocional y promoviendo la relajación total. El masaje tiene contraindicaciones como: procesos febriles o infecciosos, embarazos de alto riesgo, procesos tumorales como sarcomas, afecciones dermatológicas, heridas sangrantes y fracturas no consolidadas. Su efecto sobre el dolor en el parto es significativamente alto en la fase latente (cuando las contracciones se hacen más frecuentes) y en menor proporción durante la fase activa.⁷⁵ En un estudio realizado por Seda E, Emre Y, Asli G. denominado “*Effects of Low Back Massage on Perceived Birth Pain and Satisfaction*”,⁷⁶ se determinó que el masaje lumbar tiene un impacto significativo en la reducción del dolor de parto; lo que puede resultar en un menor tiempo de parto y en el aumento de la satisfacción con la experiencia de parto.⁷⁶

Esta técnica es reconocida como una de las más sencillas y costo-efectivas para aplicarse a la gestante durante el trabajo de parto. Es importante localizar adecuadamente la ubicación del dolor y utilizar otras estrategias como la musicoterapia, la respiración, la aplicación de hielo y frío, para potenciar su efecto tranquilizante y analgésico sin olvidar la educación previa y aceptación por parte de la futura madre antes de cada procedimiento para así garantizar una experiencia satisfactoria en la mujer.

4.3.1.2. Acupuntura

La acupuntura es un procedimiento que se encuentra incluido dentro del Plan de beneficios a los cuales tienen derecho todos los

afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. En la actualidad sólo puede ser realizada por médicos titulados en universidades reconocidas por el Estado de acuerdo con la Ley 14 de 1962, con formación específica y que acrediten el registro profesional vigente. Sin embargo, esta opción para el manejo de Dolor en el parto suele ser exclusivo de planes de medicina prepagada y complementaria.⁷⁷

Esta técnica logra disminuir algunas molestias como náuseas, vómitos, cefalea, dolor en la ciática lumbar y edema en miembros inferiores, además, induce y acelera el proceso del parto aumentando las contracciones del útero, acortando los tiempos de este y controlando el dolor.⁷⁸ El procedimiento consiste en la inserción de agujas muy finas y estériles en la piel en determinados puntos del cuerpo por un tiempo aproximado de 10 a 20 minutos mientras la persona se relaja, con agujas de diferentes calibres (0,20 G x 15 mm, 0,25 G x 30 mm, 0,25 G x 40 mm y 0,30 x 60 mm) se utiliza con mayor frecuencia para tratar el dolor. La medicina tradicional china explica esta técnica como un equilibrio del flujo de energía o fuerza vital conocida como “*Chi*” o “*qi*” que se cree que fluye por los meridianos del cuerpo.⁷⁹

Se considera al cuerpo humano como un conjunto de canales para conducir energía denominados “*meridianos*”, cada uno de los cuales comienza desde un punto específico y pasa un largo camino a través del cuerpo; existen 12 meridianos en cada lado del cuerpo, para un total de 24 que se encargan de conectar órganos internos o varios tejidos y centros superficiales del cuerpo.⁸⁰

La estimulación de los puntos de acupuntura activa las fibras nerviosas en los músculos que a su vez envían mensajes a la

médula espinal activando tres centros (columna vertebral, mesencéfalo e hipófisis - hipotálamo). Al insertar la aguja se presenta una respuesta inflamatoria local con eritema alrededor de la aguja.^{81, 82} Un estudio de las autoras Smith CA & Cochrane S. denominado *“Does acupuncture have a place as an adjunct treatment during pregnancy? A review of randomized controlled trials and systematic reviews”*,⁸³ permite evidenciar que la acupuntura genera satisfacción en el dolor durante el trabajo de parto, además que no solo interviene en el umbral del dolor sino en diversas molestias, por lo que es importante que la gestante informe al especialista tratante todos sus antecedentes personales y así garantizar una mayor eficacia y pertinencia de la técnica.⁸³

Un estudio desarrollado en el año 2011 por Cáncer Villacampa A, Chamizo Bremera S, Cabré Gilib N.L denominado *“La acupuntura puede ser efectiva en la inducción del trabajo de parto en el embarazo prolongado”*,⁸⁴ afirma que en Europa y Asia, la acupuntura ha sido calificada como un método apto para aliviar los dolores del parto y para facilitar la maduración del cuello uterino en mujeres que tienen un proceso prolongado, además, describen esta técnica como una alternativa segura para la inducción del parto y sin efectos teratogénicos.⁸⁴ Dentro de los puntos más utilizados en la acupuntura para el manejo de síntomas desagradables en las gestantes durante el trabajo de parto se encuentran:

- Yintang y Shenmen auricular (control emocional de la paciente).⁸⁴
- L14 Hoku, E36 Zusanli, BP6 Sanyinjiao y B9 Yinlingquan facilitan el control del dolor.⁸⁴

- V60 Kunlun y V67 Zhiyin estos puntos son determinantes en el incremento del número e intensidad de las contracciones.

84

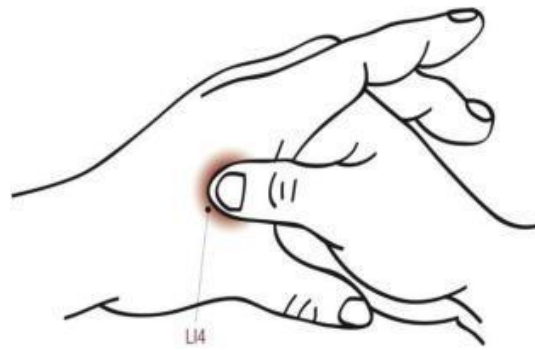
4.3.1.3. Acupresión

Es importante entender que, aunque en el contexto actual de nuestro país, algunas de las técnicas derivadas de la medicina tradicional china como la acupuntura, son de ejecución exclusiva por parte de los médicos (en el marco de la Resolución N° 2927 de 1998), también existen varias alternativas que pueden aplicarse desde la Enfermería a partir de una formación y conocimientos adecuados, entre estas se encuentra la acupresión.⁸⁵

La acupresión es una técnica que se realiza con presión profunda con el dedo índice, las palmas de las manos, el puño cerrado u otros dispositivos sobre puntos específicos durante 15 a 30 segundos; pero sin el uso de agujas. El objetivo es equilibrar el flujo de la energía del cuerpo, aumentando los niveles de endorfinas en la sangre. Esta es una experiencia relajante para la gestante, por sus beneficios como el alivio del estrés, mejoría del sueño, relajación de los músculos y la disminución del dolor, las náuseas, la ansiedad y otras molestias.⁸⁶

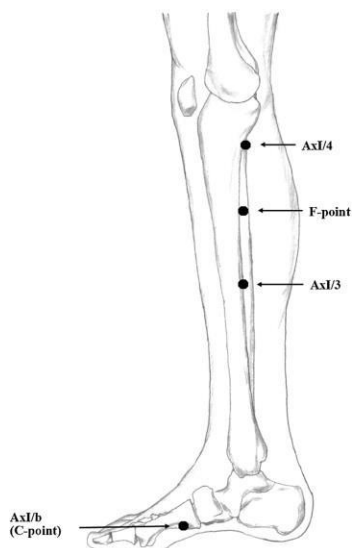
El efecto de la acupresión se basa en la teoría de la compuerta propuesta en 1965 por Ronald Melzack y Patrick Wall;⁸⁷ según esta teoría al aplicar el estímulo de presión se activan los mecanoreceptores de las fibras sensoriales internas, A - beta y/o A - delta dependiendo de la intensidad de la presión, que conduce a la inhibición de la transmisión del dolor en el nivel espinal.^{88, 89}

Un estudio escrito por Hamidzadeh A, Shahpourian F & Ahmad K. denominado “*Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor*”,⁹⁰ mencionan que el punto LI4 también conocido como Hoku, localizado en el arco entre el índice y el pulgar, Gráfica 11 se emplea para el trabajo de parto y ha resultado un método eficaz para el manejo del dolor y la disminución en el tiempo de duración de la primera y segunda etapa del trabajo de parto, además de generar alivio de algunos síntomas de estrés.⁹⁰



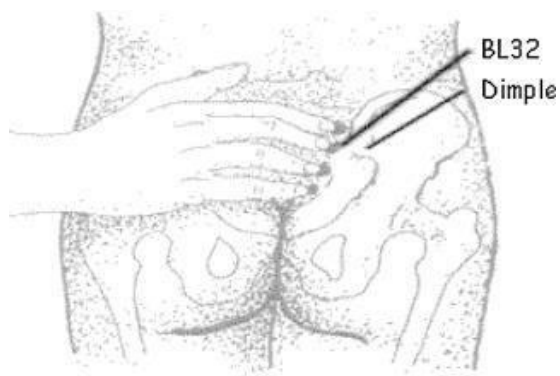
Gráfica 11. Punto L14. ClinicalKey. Tomada desde: <https://bit.ly/2W8pr6M>

El uso del punto 6 del meridiano del bazo (SP6 Sanyinjiao) ubicado en la unión de tres canales de bazo, hígado y riñón, por detrás y en el borde de la tibia de también ha mostrado efectos positivos en el manejo dolor; su efecto se relaciona con aplicar presión en ambas piernas por un tiempo de 30 minutos lo que disminuye la intensidad del dolor en primigestantes durante las contracciones en la fase activa del trabajo de parto. Gráfica 12. 91



Gráfica 12. SP6 Sanyinjiao. ClinicalKey. Tomada desde: <https://bit.ly/2W8pr6M>

Otro de los puntos de amplio uso y que se utiliza es el punto BL32 Ciliao que se encuentra en el segundo orificio del hueso sacro a una longitud del dedo índice arriba de la parte superior del pliegue del glúteo. Gráfica 13 Su punto de cruce de los meridianos de vesícula biliar y vejiga; tiene efectos beneficiosos sobre la zona lumbar y las extremidades inferiores. ⁹²



Gráfica 13. Punto BL32. ClinicalKey. Tomada desde: <https://bit.ly/2WwNk77>

La estimulación de los puntos anteriores mencionados no solamente se realiza a través de la presión manual, sino que también se pueden emplear técnicas como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y la aplicación de calor o frío, que

también han probado tener efectos analgésicos mediante la liberación de encefalina y de endorfinas; este conocimiento podría ser aprovechado por profesionales, matronas y/o doulas para aumentar el bienestar de las pacientes en trabajo de parto. Por otro lado, para alcanzar un efecto deseado con la acupresión se sugiere que se practique dicha técnica cuando la gestante se encuentre en la fase de dilatación cervical hasta 8 cm. ⁹¹

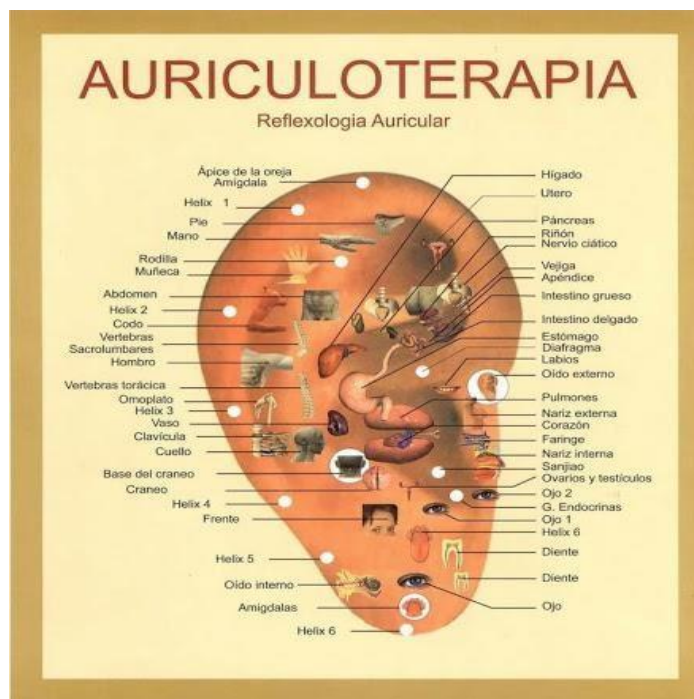
Es importante, destacar otros estudios que respaldan el uso de la acupresión como método útil para el control del dolor en el trabajo de parto como “*The Effect of LI4 Acupressure on Labor Pain Intensity and Duration of Labor. A Randomized Controlled Trial*” de Dabiri F y Shahi A ⁹³ y “*An Evaluation of Acupressure on the Sanyinjiao (SP6) and Hugo (LI4) Points on the Pain Severity and Length of Labor: A Systematic Review and Meta - analysis Study*” de Najafi F, Jaafarpour M, Sayehmiri K y Khajavikhan J, ⁹⁴ donde se menciona a la acupresión como un método eficaz, no invasivo y de fácil aplicación; especialmente el uso de esta técnica de acupresión en los puntos de Hugo (L14) y BL32 mostro ser significativamente efectivo para reducir la intensidad del dolor y son de los más utilizados en la medicina tradicional china. ^{93, 94}

Podemos concluir que la acupresion es eficaz, pero no cualquiera la puede aplicar, deber ser una persona con conocimientos y experiencia en medicina tradicional china para así identificar de forma correcta la ubicación anatómica de punto a estimular y realizar el estímulo de presión en la proporción adecuada para alcanzar el efecto terapéutico.

4.3.1.4. Auriculoterapia

La palabra auriculoterapia proviene etimológicamente del griego “*terapia*” curar y del latín “*aurícula*” oreja. Consiste en la estimulación de puntos específicos en el oído, promoviendo la analgesia por medio de estímulos en puntos de la zona auricular. Según la auriculoterapia, el cuerpo humano puede ser representado en la oreja como si tuviese la forma de un feto, por lo que cada punto refleja un órgano específico; al aplicar presión en áreas específicas del oído externo, se conduce a la rehabilitación y se devuelve energía al cuerpo.⁹⁵

Dicha presión puede ser hecha utilizando agujas filiformes entre 10 a 30 minutos, agujas intradérmicas por 7 días, esferas magnéticas o semillas. Por ejemplo, la auriculoterapia se ha utilizado para el manejo del sangrado menstrual doloroso, sangrado en otros órganos, secreción inadecuada de leche, vómitos y dolor provocado por distensión muscular entre otros.⁹⁵ En la siguiente imagen podremos observar los diferentes puntos. Gráfica 14



Gráfica 14. Auriculoterapia. ClinicalKey. Tomada desde: <https://bit.ly/2L5Jw7F>

Así mismo, la auriculoterapia pretende armonizar las funciones de los órganos, vísceras, enfermedades físicas y mentales, con base en el reflejo que el estímulo de tales puntos produce sobre el sistema nervioso central por las agujas y la presión de las micro esferas en pacientes con dolor de espalda no especificado.^{96, 97} En la actualidad no hay suficientes estudios que prueben la efectividad de este método para tratar la ansiedad, las distocias obstétricas, la inducción tardía o el dolor del trabajo de parto, sin embargo, puede ser un cuidado complementario en la asistencia del parto.⁹⁸

4.3.2. Terapias psicológicas y de apoyo

Para abordar la atención del parto desde una perspectiva integral y holística las instituciones deben garantizar todos los recursos que faciliten el cuidado y los mejores procedimientos obstétricos, con el propósito de preservar la salud de la madre y el niño y garantizar la mejor experiencia posible. Esto a su vez requiere la preparación de los profesionales que acompañan este proceso en herramientas psicosociales y de apoyo basadas en la comunicación efectiva y asertiva, la empatía, el respeto por los aspectos socioculturales de la gestante y la garantía de sus derechos a la autonomía y privacidad.^{99,}

100

El tener esta formación ayudaría al profesional de Enfermería y de medicina a comprender la importancia del saber cómo se encuentra la gestante, puesto que la madre se enfrenta a un ambiente desconocido y hostil; pero nosotros podemos cambiar esa perspectiva mediante el acompañamiento consiente y el diálogo donde se respondan las inquietudes y dudas de la futura madre donde podemos integrar entre

otros aspectos la información relacionada con los diversos métodos no farmacológicos que existen para el alivio del dolor.

Por ejemplo, la educación prenatal es una herramienta valiosa que debe contemplarse como alternativa efectiva para mejorar el control de las emociones negativas, que pueden afectar el punto final del proceso de la gestación. Un estudio multicéntrico observacional desarrollado por Martínez JM y Delgado RM en su artículo “*Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal*”¹⁰¹ realizado en cuatro hospitales de Andalucía desde enero de 2011 a enero de 2012, mostraron que el 20% de las parturientas describían la intensidad del dolor como insoportable, el 30% como severo, el 35% como moderado y tan sólo el 15% señalan la intensidad como mínima lo que mostro que la educación maternal no ha mostrado una eficacia real en el control del dolor que produce el proceso de parto.¹⁰¹

Sin embargo, debemos considerar que esta es una herramienta útil para familiarizar a la futura madre con la experiencia del parto, lo que le permitirá desarrollar recursos cognitivos que mejoren el trabajo de parto, además es importante señalar que el efecto positivo de esta dependerá de que se inicie de forma temprana en la gestación y no cerca de la fecha probable del parto, esto seguramente generara mayor adaptación y la mejora de los recursos de afrontamiento personal.

4.3.2.1. Técnicas educativas prenatales y parto

Los métodos psicofilácticos consisten en preparar a la madre gestante y a la pareja para la llegada del recién nacido; mediante 8 o 9 sesiones con un promedio de dos horas de duración, a partir de la semana 16 a 18; con el fin de proporcionar conocimientos

teóricos - prácticos sobre la anatomía de los órganos sexuales, fisiología del embarazo y parto, el ciclo menstrual, la fecundación, los síntomas en el embarazo, nutrición adecuada, lactancia materna, signos de alarma, entre otros; además, mediante sesiones prácticas se enseñan técnicas de respiración, relajación o práctica de pujo. Esta técnica en particular requiere de un profesional con atributos para el manejo del público, que utilice lenguaje claro y mínimamente técnico para que el mensaje sea entendible para la gestante y su familia. ¹⁰²

Esta técnica promueve la participación del padre o una persona significativa durante el parto como elemento fundamental de apoyo psicosocial a la mujer embarazada, estimula el intercambio de la experiencia entre la pareja y favorece la creación de un vínculo entre padre - hijo, esposo - esposa y familia. ¹⁰³ Además, la preparación llamada anteriormente psicoprofiláctica y en la actualidad curso de preparación de maternidad y paternidad proporciona algunas estrategias para el manejo del dolor y el miedo; logrando en algunos casos evitar o minimizar el uso de analgésicos. ¹⁰⁴

Un estudio de revisión realizado por Porto A, Amorim M, Souza R denominado “*Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências*”, ¹⁰⁵ se encontraron puntos claves para el parto como: lugar de parto, definición de riesgo, posición durante el parto, intervenciones como ayuno, afeitado, enema, acceso intravenoso, deambulación, uso de partograma, monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal, manejo con oxitocina y alivio del dolor con métodos no farmacológicos o farmacológicos y analgesia combinada. ¹⁰⁵ Lo anterior es importante y conviene subrayarlo, son parte de los cuidados de un equipo interdisciplinario durante

toda la gestación, para así dar como efecto un parto sin complicaciones alentando a la madre y su familia.

4.3.2.2. Mindfulness

Desde una experiencia personal, la práctica de mindfulness permite alcanzar una estabilidad de las emociones en tiempos de angustia o preocupaciones, esta práctica permite concentrarnos en nuestras percepciones actuales y alejarnos de pensamientos negativos mediante la respiración y la relajación, generando un descanso a nivel mental. Para la plena concentración durante la práctica se requiere de un sitio tranquilo y silencioso, en ocasiones se complementa con la aromaterapia.

Dentro de las múltiples conceptualizaciones que existen el Mindfulness se considera como una práctica de la meditación empleando técnicas de relajación, es importante saber a qué la meditación es una actividad intelectual en la que se busca lograr un estado de atención en un pensamiento o sentimiento específico (felicidad, tranquilidad y armonía) o un objeto (una piedra), este estado se recrea en el momento presente y pretende liberar la mente de pensamientos nocivos.¹⁰⁶

Es importante destacar el trabajo pionero de la matrona Nancy Bardacke, que desarrolló el Mindfulness Based Childbirth and Parenting Program (MBCP), un curso de preparación al parto para madres y padres, de nueve semanas de duración que requiere el compromiso de meditar todos los días media hora, esta práctica puede ser útil para abordar emociones relacionadas con el embarazo y el parto, como: el estrés, la ansiedad, el miedo, la aceptación del dolor y el enfrentamiento en la incertidumbre. Con el mindfulness las mujeres pueden aprender a estar atentas a

pensamientos de tipo: *“no puedo, me supera, no nací para esto, siempre he sido débil, soy una inútil...”* Al detectar este tipo de pensamiento centrado en el déficit, se enfoca la atención sobre la propia mente, tomando distancia de tales pensamientos. Una de las ventajas del mindfulness es generar pensamientos centrados en el logro, del tipo: *“sí puedo, millones de mujeres antes que yo han parido y yo voy a parir, soy capaz de hacerlo...”* ¹⁰⁶

Aunque este tipo de práctica de meditación puede ser compleja, tiene el potencial de enseñar el manejo de la concentración para desencadenar una experiencia de parto memorable. Es fundamental preparar a la familia y al conyugue pues son ellos quienes con su interacción constante con la gestante pueden ayudar a potenciar la adaptación de la mujer a los cambios de manera eficaz.

4.3.2.3. Hipnosis

La hipnosis es una técnica psicológica, en la cual existe una interacción entre la persona y el hipnotizador; el hipnotizador intenta influir en las percepciones, sentimientos, pensamientos y conductas de los sujetos pidiéndoles que se concentren en ideas e imágenes que evoquen los efectos deseados, mediante la relajación y la concentración intensa. Las comunicaciones verbales que el hipnotizador utiliza para alcanzar estos efectos se llaman “sugestiones”. La hipnosis se usa para controlar el dolor, la ansiedad, fobias, miedos y estrés postraumático. El abandono del control es totalmente voluntario y puede ser retomado por el hipnotizado en cualquier momento. Su aplicación consta de cuatro fases diferenciadas y consecutivas ordenadas cronológicamente: pre inductiva, aplicación de las técnicas de inducción hipnótica, administración de sugestiones específicas y post hipnótica. ¹⁰⁷

- **Fase pre inductiva:** busca preparar a la participante para ser hipnotizada por primera vez, se aclaran dudas, miedos y concepciones falsas que pueda mostrar la participante. ¹⁰⁷
- **Fase de aplicación de las técnicas de inducción hipnótica:** aquí se inicia con la técnica de “*fijación ocular*”, acto seguido se aplica la técnica de “*descenso de la montaña*”, la cual consiste en guiar a la paciente en el descenso en imaginación de una montaña mientras se le administran sugerencias de relajación, concentración y bienestar de forma proporcional al descenso para que se logre la hipnotización. ¹⁰⁷
- **Fase de administración de sugerencias específicas:** busca provocar cambios deseados en la capacidad para manejar el dolor, la tensión muscular, la ansiedad, etc. ¹⁰⁷
- **Fase post hipnótica:** se utilizaron instrucciones y sugerencias para devolver a la paciente a una situación lo más similar posible a la situación que se encontraba antes de ser inducida en hipnosis. ¹⁰⁷

Un ejemplo de la aplicación de esta técnica durante el parto es la planteada en el estudio de Lorenzo L, González H, Calero A y Muñoz R denominado “*El empleo de la hipnosis en el manejo del dolor del parto: Un caso clínico*”, ¹⁰⁷ se puede afirmar que la intervención pareció ayudar a la paciente al aprendizaje de estrategias de afrontamiento del dolor asociado al trabajo del parto, a reducir el miedo al parto y la necesidad de utilizar estrategias farmacológicas para el alivio del dolor. ¹⁰⁷ Del mismo modo, parece que el programa contribuyó a una vivencia más positiva del parto, a

reducir los niveles de ansiedad y a incrementar la satisfacción con la experiencia de la paciente a lo largo del mismo.¹⁰⁸

En conclusión, para una eficaz hipnoterapia el hipnotizador debe establecer una buena relación con la persona, esto implica animar a la persona a hablar acerca de sus preocupaciones para fomentar la confianza. Aunque, realmente esta técnica sería dificultosa para ser aplicada en el trabajo de parto, puesto que se necesita de un ambiente tranquilo y sereno, no es óptima en la atención institucional del trabajo de parto, pero podría aplicarse en los dos últimos trimestres de la gestación contribuyendo a eliminar o contrarrestar emociones negativas antes de enfrentarse al momento más esperado.

4.3.2.4. Técnica de relajación y respiración

Durante el trabajo de parto, el momento de dar a luz es el hecho más trascendental y emotivo, pues en este instante afloran sentimientos como la esperanza y la alegría, pero dependiendo de diversos factores también pueden surgir emociones negativas que transformen la experiencia. Desde esta perspectiva el parto no debe ser visto solo como un fenómeno fisiológico, sino que debe ser abordado de forma integral y en este sentido cualquier técnica que pueda contribuir a aumentar el bienestar y la tranquilidad, disminuir la tensión muscular y disminuir el dolor debe ser considerada por los profesionales de salud. A continuación, se describirán la técnica y los beneficios de la relajación y respiración en el trabajo de parto y parto:

Los hábitos correctos de respiración son importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para un buen funcionamiento. Si la cantidad de aire que llega a los pulmones es insuficiente, la

sangre no se purifica adecuadamente y se va cargando de sustancias tóxicas, por lo que una sangre insuficientemente oxigenada aumenta los estados de ansiedad y fatiga muscular, por tanto, con los ejercicios de respiración se pretende conseguir un control de la respiración y relajación de los músculos. Puesto que trae como beneficios para la madre una respuesta más positiva a la aparición del dolor, el ritmo constante de la respiración durante el parto, provee más fuerza y energía, tanto para la madre y el bebé. ¹⁰⁹

Teniendo en cuenta lo anterior, la aplicación de la técnica de la relajación, se lleva a cabo en dos fases. En una primera fase, entre la semana 8a y 20a de gestación el objetivo es crear un clima de relajación en el que la mujer gestante comprenda la importancia de tomar conciencia de su cuerpo, empleando una respiración pausada y profunda con sugerencias de inspirar energía positiva y paz, luego expirar las tensiones acumuladas. En una segunda fase, a partir de la 21 semana de gestación las mujeres involucran a su pareja o a un familiar significativo; se lleva a cabo una inducción de expresión de sentimientos de amor incondicional, de calma y bienestar con el bebé, se prepara el cuerpo y la mente para el momento del nacimiento. ⁵¹

Es deber del profesional de Enfermería en sala de partos, reforzar esta técnica a través de una comunicación asertiva, informando a la gestante que al principio y al final de cada contracción la madre deberá tomar una respiración profunda; esto proveerá más oxígeno para el bebé, los músculos y el útero. Además, recordarle sobre la respiración jadeante, la cual consiste en sacar el aire a golpecitos y haciendo un sonido de expulsión corto “*jadeo – jadeo - soplo*” o “*ji,*

ji, ju', la cual sirve para controlar las ganas de pujar en la fase de dilatación. ¹¹⁰

Es importante considerar que un aspecto que contribuye a que la técnica de relajación y respiración sea efectiva es favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad de la gestante; esto le permitirá al profesional realizar una adecuada valoración del patrón respiratorio y le permitirá identificar en forma objetiva aspectos emocionales como angustia, falta de serenidad o inseguridad. Al desarrollar la empatía y el contacto físico si es posible y la gestante lo acepta se deberá reforzar la técnica las veces que sea necesario y la importancia de la conciencia corporal en el momento.

4.3.2.5. Yoga

El yoga es una práctica muy antigua proveniente de India que conecta el cuerpo, la respiración y la mente, emplea distintas posturas corporales, ejercicios de respiración y meditación; que hacen que los patrones corporales y mentales cambien y se purifiquen, controlando así las realidades de la mente, las fluctuaciones y el flujo de la energía. Tiene como beneficios reducir la presión arterial y la frecuencia cardiaca de la materna, relajación muscular, reducción del estrés, mejora la confianza en uno mismo, la coordinación y la concentración, disminuye la ansiedad y dolores de espalda. ¹¹¹

Aunque esta técnica no se utiliza durante el trabajo de parto, el yoga durante la gestación mejora la fuerza y la flexibilidad en la gestante, a su vez mejorando la capacidad para estar más en armonía con su propio cuerpo y las respuestas del trabajo de parto. Este método proporciona la oportunidad de mejorar la postura y

fortalecer la espalda, el piso abdominal y pélvico. También ha demostrado tener un impacto considerable en la disminución del trabajo de parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) e hipertensión inducida por el embarazo. El efecto del yoga en la gestación permite fomentar el equilibrio emocional y la armonía espiritual; esta opción es elegida por la mayoría de las madres, puesto que incrementa las probabilidades de un parto natural y una mejor recuperación postparto.

El estudio que expone Jahdi F, Sheikhan F y Haghani H. denominado “*Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and delivery outcomes (A randomized controlled trial)*”,¹¹² sugieren que la práctica de yoga tres veces por semana durante 1 hora, a partir de la semana 27 a 36 de embarazo, produce efectos positivos durante el embarazo como mejoría del sueño, reducción del estrés, dolor de espalda baja, cefalea, entre otros.¹¹²

4.3.2.6. Musicoterapia

Es una terapia que utiliza la música para mejorar el estado de salud y bienestar de la gestante. La música funciona al generar estímulos y sensaciones agradables reduciendo el dolor y la ansiedad, se puede emplear frecuencias y señales de ruido blanco las cuales son similares al sonido de cascadas, olas oceánicas o viento, es decir, de bajo nivel; estas frecuencias pueden impactar positivamente en varias hormonas como la dopamina, la oxitocina, las endorfinas, la prolactina y la adrenalina.¹¹³

El estudio expuesto por Levy P y Wallen M. denominado “*Audio Analgesia as a Comfort Measure during Labor*”,¹¹⁴ mostro dentro de sus resultados que en las mujeres que escuchaban música suave durante la fase latente y activa del parto disminuyo

significativamente el dolor, en comparación con otras mujeres que no lo hicieron, además, la frecuencia cardíaca y tensión arterial de la materna se mantuvieron más estables en comparación con las que no utilizaron la técnica. ¹¹⁴

Un estudio expuesto por Guétin S, Brun L y Deniaud M, denominado “*Smartphone - based Music Listening to Reduce Pain and Anxiety before Coronarography: A Focus on Sex Differences*”, ¹¹⁵ permitió evidenciar los efectos fisiológicos positivos de la musicoterapia como la disminución de la presión arterial o emocionales como mejoría del estado de ánimo, dando resultados eficaces para el bebé y la madre. ¹¹⁵

Otro estudio experimental presentado por Gokyildiz S, Ozturk M, Avcibay B denominado “*The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey*”, ¹¹⁶ cuyo objetivo era analizar los efectos de la música ligera sobre el dolor durante la fase activa del trabajo de parto con una muestra de 110 embarazadas; 55 en el grupo experimental y 55 en el grupo de control, entre los resultados se encontró que el 98% de las mujeres del grupo experimental declararon que la música influyo en el manejo de la ansiedad y en el dolor. ¹¹⁶

Sería adecuado considerar a la musicoterapia como una alternativa de humanización del parto, pues contribuiría a brindar una mayor tranquilidad, disminución del temor y la ansiedad, especialmente en las primigestantes que pueden ver el ambiente hospitalario como un espacio hostil y desconocido.

4.3.2.7. Aromaterapia

Esta práctica se encuentra descrita como una técnica de la herbolaria, basada en aceites esenciales; estos son líquidos volátiles, extraídos de arbustos, flores, árboles, matas y semillas. Suelen emplearse como complemento de los tratamientos en alteraciones del sistema nervioso, infecciones dermatológicas, reducción del estrés y alivio del dolor físico y emocional logrando un equilibrio de la mente, el cuerpo y el espíritu, mediante la inhalación o la aplicación en la piel. Los aceites esenciales más empleados son la manzanilla romana, el laurel, la lavanda, el árbol del té y la bergamota. ¹¹⁷

Acerca del mecanismo de acción de la aromaterapia esta comienza en el sentido del olfato llegando a las células olfativas sensoriales, el moco acuoso se encarga de transportar los aromas a los cilios; posteriormente las señales aromáticas son transportadas por unas células receptoras hasta el sistema límbico y el hipotálamo; al poco tiempo, gran parte de la señal olorosa alcanza la corteza cerebral y se genera finalmente conciencia del olor percibido. Su forma de aplicación puede ser mediante una dilución en agua caliente mezclado con aceites esenciales, generando un vapor, puesto que cuando se inhala se comienza a absorber en el sistema respiratorio, durante 10 minutos cada ½ hora. ¹¹⁸

Otra forma de aplicación es mediante una dilución con 1 gota de aceite esencial en 5ml implementando el masaje, cabe recordar que entre las dificultades que ha presentado esta forma de administración se encuentran las reacciones de hipersensibilidad dermatológica por lo que se recomienda un aceite esencial puro de alta calidad. ¹¹⁸

Si bien es cierto que, la aromaterapia se utiliza en la fase activa del parto para disminuir la sensación dolorosa, el temor y la ansiedad; se debe tener en cuenta que está contraindicado en gestantes con alergia a cítricos y al polen, asma, además, NO se recomienda utilizar aceite esencial de eucalipto (intoxicación); debe administrarse una cantidad adecuada al momento de diluirla, vaporizarla o colocarla directamente en la piel, ya que la inhalación excesiva de los aceites esenciales puede causar cefalea. ¹¹⁷

Con relación a esta estrategia en particular debe considerarse la necesidad de ampliar el desarrollo investigativo y nuevos estudios enfocados no solo en el uso de diferentes aceites esenciales sino también los efectos de estos en el manejo de la ansiedad y otras emociones durante el trabajo de parto junto con sus efectos reales sobre el manejo del dolor, esto garantizaría un mayor porcentaje de confianza en su aplicación por parte de los profesionales en el área de la salud.

4.3.2.8. Hidroterapia

También conocida como terapia acuática, esta práctica en particular emplea el agua como un agente terapéutico. Sus orígenes son recientes (1993) y su uso aceptación en Reino Unido permitió contemplarla como una alternativa terapéutica para el manejo del dolor. En la revisión del artículo propuesto por Heather M. denominado “*Overview of hydrotherapy during labor*”, ¹¹⁹ la autora refirió que la hidroterapia proporciona grandes beneficios como mejoría en la circulación, alivio muscular, reducción del estrés y la ansiedad y mejoría en la respiración. ¹¹⁹

En la técnica aplicada a la atención del parto, la parturienta se sumerge en una bañera de partos hasta el nivel pectoral con agua

caliente (temperatura 36.5 - 37 °C), en un tiempo máximo de 2h durante el trabajo de parto; es recomendable a partir de 4 - 5 cm de dilatación cervical, puesto que se han evidenciado que un inicio precoz podría incrementar el tiempo del parto. Esta técnica mejora la percepción del dolor en el expulsivo, disminuyendo el uso de la analgesia. ¹²⁰

Dentro de las complicaciones que se encontraron descritas en la literatura tras la realización de un parto en el agua se encuentran la aspiración de agua en el recién nacido, la hemorragia postparto por la relajación muscular y la vasodilatación e infección materna o neonatal si no se cumplen de forma adecuada los protocolos de bioseguridad. ¹²¹ Se recomienda suspender la aplicación de la técnica de forma inmediata en caso de presentarse alguna de las siguientes complicaciones: fiebre intraparto, taquicardia materna, alteraciones de la FCF (frecuencia cardiaca fetal), hipotensión o sangrado abundante se debe suspender de inmediato la técnica.

¹²²

En el estudio realizado por Martínez JM denominado "*Utilidad y satisfacción de las usuarias con la inmersión en agua durante el proceso de parto*", ⁴² en el cual participaron 71 mujeres, se observó que el 60% de las participantes que utilizó la hidroterapia manifestó presentar un bajo nivel de ansiedad y un alto nivel de satisfacción, considerando la utilidad de la técnica para el proceso de parto y recomendándola a terceras personas. Las mujeres participantes del estudio refieren que dentro de los motivos de su uso están la recomendación de su uso por otra persona o una matrona y la búsqueda en internet en la que se visualiza como una buena alternativa para el manejo del dolor en el parto. ⁴²

Varios autores manifiestan que la hidroterapia ha demostrado ser una práctica segura durante el parto, que puede promover una sensación de relajación y alivio del dolor minimizando riesgos relacionados con el parto y las intervenciones farmacológicas.^{123,}
¹²⁴ Por ejemplo el estudio elaborado por Henline D. denominado "*Natural Labor Pain Management*"¹²⁵ concluye que la inmersión en el agua le proporciona a la mujer libertad de movimientos y optimiza la progresión del trabajo de parto, generando una percepción de contracciones menos dolorosas y un trabajo de parto más corto. Además, brinda beneficios de relajación, representa menos intervenciones como tactos vaginales y genera un aumento del parto espontáneo.¹²⁵

Consideramos que sería conveniente incrementar los estudios e investigaciones relacionadas con la efectividad y seguridad de esta técnica en la atención del parto, para su implementación futura en instituciones hospitalarias comprometidas con la atención del parto humanizado.

4.3.2.9. Doula

El término procede de la Antigua Grecia, donde la doula era una sirvienta del hogar tras el parto, es aquella mujer que informa y acompaña en el proceso vital de la maternidad. Actualmente no hay una formación reglada y aunque en muchos países europeos es algo habitual e incluso está cubierto por la seguridad social, en países como Colombia la profesión no está oficialmente reconocida en parte porque no existe un control normativo de la formación y experiencia de las mujeres que ejercen este rol lo que genera preocupación en el personal sanitario por la razón de que una mala información o un equivocado asesoramiento a la gestante puede "*poner en riesgo la vida de la madre y del niño*". La doula no se

considera parte del personal sanitario, no es una matrona, no atiende partos, no realiza tactos, no manda tratamientos y no hace diagnósticos. ¹²⁶

En particular, el rol de la doula es brindar un apoyo emocional y bienestar físico, a través de una preparación para el parto implementando el masaje, técnicas de respiración, desarrollo de una relación eficiente con el personal de Enfermería mediante la comunicación para reducir el dolor, la ansiedad y el temor; involucrando la interpretación de conceptos médicos y aclaración de dudas. Desde un estudio denominado “*Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el período gestacional, parto y post parto en Costa Rica*” desarrollado por Rodríguez B y Durán K ¹²⁷ se demuestran los beneficios del acompañamiento de las doulas dando como resultado reducción del tiempo en el trabajo de parto, ¹²⁷ de acuerdo a lo anterior se podría concluir que el apoyo continuo a la mujer y su familia durante todo su embarazo, parto y postparto por parte de la Doula mejora la experiencia del parto y mitiga los riesgos de un evento adverso para ella y al recién nacido.

Conviene subrayar que, el parto natural para algunas gestantes se caracteriza por la angustia y la ansiedad frente al temor por el dolor; estas condiciones pueden dar como resultado impactos negativos en el feto y la madre en el proceso de parto, sin embargo, el dolor y la ansiedad puede reducirse con el apoyo de una doula. ¹²⁸ El cuidado de la doula se considera calmante, alentador y atiende a todas las necesidades de la mujer embarazada, lo que confirma el estudio hecho por Raimunda S, Filice N y Furtado J denominado “*Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto*” ¹²⁹

donde se demuestra que el trabajo de las doulas es incipiente; pero revelador en cuanto a la importancia de un parto humanizado por su apoyo emocional, físico y educativo de forma continua. ¹²⁹

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede concluir que la doula puede considerarse un apoyo para el personal sanitario en cuanto a la mejora la experiencia frente al trabajo de parto en la materna, ayudando a desmitificar la creencia de que el *“parto es un proceso doloroso e insatisfactorio”*, esto en parte se relaciona con el lazo de empatía, el respeto y confianza que se desarrolla antes del embarazo, es crucial mencionar también que realizan acompañamiento en el duelo neonatal, sirviendo como apoyo a la mujer y su familia para sobrellevar las circunstancias relacionadas con la pérdida.

- **Importancia de la ambientación periparto**

Consideramos de gran trascendencia hacer una pequeña reseña en este sentido teniendo en cuenta que el entorno de la gestante es fundamental durante el trabajo de parto, este debe causar un efecto positivo para reducir las sensaciones de dolor, la angustia y el temor, acelerar el trabajo de parto, minimizar el sufrimiento fetal, evitar la necesidad de cesáreas y partos instrumentales; aquí es donde los profesionales del área de la salud intervienen para lograr dichos objetivos. De acuerdo a la Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia, del año 2010 una de las propuestas centrales que deben impulsarse es la transformación del modelo de atención hacia *“maternidades centradas en la familia”* donde se brinde una ambientación *“hogareña”*, es decir, que contenga cortinas, cuadros, plantas, etc., salas de estar para la familia, guardería para sus otros hijos y biblioteca. ¹³⁰

Otras de las alternativas que podríamos brindar a la gestante y su familia para mejorar la experiencia del parto, es la interacción entre un ambiente cómodo con adecuada iluminación preferiblemente natural, cómodo con varias de las anteriores terapias alternativas no farmacológicas como el uso de la música según los gustos y/o la aromaterapia junto con el acompañamiento de la pareja para proporcionar un efecto tranquilizador.¹³¹ Debe ser un compromiso del sistema de salud y las instituciones hospitalarias el adecuar las condiciones de la atención del parto a las mujeres que van a parir y no a la comodidad del profesional que lo atenderá o a los profesionales encargados del cuidado de la gestante.

4.3.3. Homeopatía y farmacología vegetal

En la actualidad en Colombia tenemos alrededor de 50.000 especies vegetales, sin embargo, se debe reconocer la diferencia entre fitoterapia y homeopatía, La Farmacología Vegetal, como su nombre lo indica es una terapéutica farmacológica, al igual que la homeopatía. Ambas se basan en el uso de productos químicos de origen vegetal o animal, o mineral, pero son productos químicos cuyo principio químico se conoce, sobre todo en la farmacología vegetal. La única diferencia con la farmacología convencional es que ésta última emplea productos químicos de síntesis en un laboratorio.¹³²

Dentro de las plantas medicinales de mayor uso en la gestación y parto encontramos el jengibre, nombre científico "*Zingiber officinale*" ayuda en el vómito y las náuseas, además contiene propiedades antiinflamatorias, la cascara sagrada, nombre científico "*Rhamnus purshiana*" disminuye el estreñimiento por su función laxante y por último la hoja de frambuesa, nombre científico "*Rubus idaeus*" es utilizado para agilizar los tiempos en el trabajo

de parto mediante infusiones en vista de que no existen contraindicaciones.¹³³

La homeopatía es un método terapéutico que ha sido empleado desde hace unos 200 años y se basa en la ley de la similitud o de los semejantes, es decir, si una sustancia es capaz de producir determinados síntomas en una persona sana, en cantidades pequeñas (infinitesimales); es capaz de curar síntomas semejantes en un enfermo. Las fuentes de extracción son múltiples por ejemplo un mineral, una planta o un animal y consiste en realizar repetitivas diluciones en agua o alcohol. Algunas gestantes toman sustancias homeopáticas dentro de un plan de preparación para el parto que se inicia a partir del tercer trimestre, algunas matronas sugieren que estos preparados se deben empezar a tomar desde la semana 36.¹³⁴ Dentro de los tratamientos homeopáticos que se utilizan para la inducción del parto encontramos:

- *Caulophyllum thalictroides*: (squaw root) favorece la dilatación estimulando el útero y alivia el dolor pélvico, a fin de que el trabajo de parto sea más rápido.¹³⁴
- *Actaea racemosa*: (cimifuga) alivia los dolores fuertes del parto, por espasmos del cuello uterino que impide la dilatación.¹³⁴
- *Árnica Montana*: alivio del dolor durante las contracciones, pero es abortivo por altos fitoestrógenos.¹³⁴

En nuestro contexto, muchas mujeres embarazadas especialmente aquellas que habitan territorios rurales o dispersos geográficamente alejados se inclinan por el uso de las plantas para tratar muchos

síntomas por la limitada cobertura de los servicios de salud, la insatisfacción con los métodos farmacológicos tradicionales y el valor que dan a la tradición oral heredada de sus antecesoras. Sin embargo, por el carácter limitado de la investigación respecto al uso de algunas sustancias vegetales y sus efectos en la madre y en el feto es de carácter fundamental informar a la gestante que no debe automedicarse, ni iniciar un tratamiento sin la prescripción de un profesional con experiencia en terapias alternativas.

4.3.4. Otras terapias alternativas

4.3.4.1. Movilidad y cambios posturales maternos

Antiguamente la mayoría de mujeres parían en posiciones verticales, es decir, en cuclillas, de rodillas o de pie; adoptando libremente diferentes posiciones. El parto era un proceso en el que primaba la libertad de movimiento de la madre y en el que ella decidía su posición en cada momento del proceso de acuerdo a su propia comodidad. Actualmente, la posición que más se emplea en el trabajo de parto es la de litotomía, esta posición es tan utilizada porque busca favorecer la comodidad de los profesionales del área de la salud que atienden el parto, olvidando los deseos de la mujer e invisibilizando su voluntad y autonomía, además, sin contemplar que en esta posición las contracciones son menos efectivas y más débiles ya que la presión ejercida sobre el cuello del útero por la cabeza del feto es mucho menor.¹³⁵

Un estudio realizado por Lugones M y Ramírez M. denominado “*El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura*”,¹³⁵ evidencia los efectos positivos de las posiciones verticales en la disminución de la duración del trabajo de parto, pues debido a la gravedad, la presión que ejerce la cabeza del niño

sobre el cuello uterino es mayor, facilitando los pujos maternos y las contracciones uterinas, que son más frecuentes e intensas, además, aumenta la producción de oxitocina. También existen posiciones que facilitan el trabajo de parto como sentarse a horcajadas en una silla, así como posiciones relajantes, semifowler y decúbito lateral por 10 minutos (evita la compresión de la aorta o la vena cava inferior por parte del útero).¹³⁵

El parto vertical y las diferentes posturas son efectivas para el descenso de la cabeza, generan mayor ampliación de la pelvis de la madre y mejoría de la oxigenación fetal. Permitir que la mujer escoja la mejor posición entendiendo que solo ella en el marco de su experiencia, hace lo que más la favorece, disminuye la posibilidad de utilizar maniobras como la de Kristeller que puede originar lesiones de tejidos blandos y que para muchas mujeres resulta incómoda y dolorosa. Dado que esta postura es ampliamente aceptada y utilizada en la partería tradicional, convendría mucho a los profesionales que atienden el parto el adaptarse a algunas prácticas ancestrales que unidos a los avances en la obstetricia generarían la mejor experiencia del parto, disminuyendo al mismo tiempo el riesgo de complicaciones para el feto y la madre.

Con respecto al dolor en la revisión bibliográfica *“Estudio de las posiciones de parto en la fase de expulsivo”* del año 2011 desarrollado por Cebrián P y Ramón Arbués,¹³⁶ se afirma que adoptar posiciones verticales durante el parto da como resultado una disminución de la percepción del dolor, describiendo que, si la gestante adopta una posición supina o de litotomía durante el parto, se aumenta la intensidad de dolor percibido. De hecho, en

posiciones supinas la necesidad de analgesia epidural se incrementa.¹³⁶

4.3.4.2. Fisioterapia obstétrica

En 1958 la Organización Mundial de la Salud definió la fisioterapia como *“la ciencia del tratamiento a través de medios físicos, ejercicio terapéutico, masoterapia y electroterapia”*. Además, incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación, fuerza muscular, las capacidades funcionales y la amplitud del movimiento articular.¹³⁷

Con respecto a la fisioterapia obstétrica se define como la especialidad de la fisioterapia que desde sus métodos y técnicas realiza la prevención y tratamiento de las disfunciones musculoesqueléticas en la gestación, tiene como objetivo la prevención de las alteraciones y complicaciones que pueden darse durante la gestación, el parto y el posparto, así como su tratamiento mediante la utilización de gimnasia prenatal, respiración, relajación y manejo de las emociones. El tratamiento fisioterapéutico aplicado es efectivo en alteraciones durante el embarazo como, dolor lumbar y pélvico, diástasis de los rectos abdominales e distensión del suelo pélvico.¹³⁸

Teniendo en cuenta que el parto es el principal responsable de la disfunción del suelo pélvico, incluso cuando el parto es *“normal”* se producen lesiones perineales. Es muy importante mantener una postura correcta en el parto, hacer la corrección de la postura en los movimientos al caminar, coger objetos y cambios de postura. Los estiramientos ayudarán a relajar la musculatura y reducir la tensión; es aconsejable acudir desde el primer semestre, a partir de la semana 12.¹³⁹

4.3.4.3. Empleo de la TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation o estimulación nerviosa transcutánea)

La estimulación nerviosa transcutánea (Transcutaneous electrical nerve stimulation o TENS), se utiliza desde los años 70. Es una alternativa para la gestante en el inicio del trabajo de parto por ser un método seguro, no invasivo y con complicaciones menores (irritación cutánea y reacción alérgica al gel conductor). Dicho método consta un dispositivo portátil manual controlado por la misma mujer, donde se colocan 4 electrodos autoadhesivos en la espalda, posteriormente se comienza a pasar una corriente eléctrica, a través de la superficie de la piel, puede ser ejecutada en diferentes frecuencias, intensidades y duración del impulso, en su uso durante el trabajo de parto la gestante sentirá una sensación pulsante; es importante informarle que cuando sienta una contracción debe pulsar el botón de refuerzo para incrementar la energía.¹⁴⁰

En relación con lo anterior, algunas de las contraindicaciones son: gestantes con portadores de marcapasos, enfermedades cardiacas o arritmias, edad gestacional <37 sem y como precaución no se debe colocar en el abdomen durante el embarazo para evitar la estimulación cercana al corazón fetal. La estimulación mediante la TENS se clasifica en alta frecuencia (>50Hz) o baja frecuencia (<10 Hz), durante todo el trabajo de parto se puede emplear una frecuencia de inicio 6 Hz y al final 80 Hz.¹⁴⁰ Dentro de los beneficios se encuentran el alivio del dolor en pelvis, espalda y cuello, disminución de la tensión muscular y mejor circulación para piernas con presencia de edema. En la actualidad esta técnica genera un impacto positivo y un alto grado de satisfacción del 96%.

¹⁴¹

En un estudio propuesto por Santana S, Gallo B, Ferreira CH y Duarte G denominado "*Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial*", ¹⁴² se concluyó que el uso de TENS reduce la duración de la fase latente del parto. ¹⁴² Desde otro estudio experimental realizado por Shahoei R. denominado "*The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the severity of labor pain among nulliparous women: A clinical trial*", ¹⁴³ realizado con 90 nulíparas se encontró una disminución del dolor y mayor satisfacción de las usuarias en la segunda etapa del parto y 4 h después del parto. ¹⁴³

Es importante mencionar que, aunque esta técnica se reconoce como parte de la fisioterapia obstétrica, su uso no se encuentra restringido a un profesional específico, más bien depende del conocimiento y entrenamiento en la realización de la técnica de la persona que la ejecutará.

4.3.4.4. Terapia de calor y frío

Para dar inicio a esta parte es importante, saber cuál es la función que ejerce el calor y el frío en el cuerpo. El frío reduce el diámetro de los vasos sanguíneos (vasoconstricción), disminuye la inflamación, el dolor y los calambres y ha mostrado mayor eficacia en las primeras 72 h; debe ser aplicado entre un tiempo de 5 – 15 minutos con un gel frío o una toalla con hielo. ¹⁴⁴ En cuanto al calor, aumenta el diámetro de los vasos sanguíneos (vasodilatación), favorece la circulación, disminuye la rigidez y causa un efecto relajante y se recomienda su aplicación tras las 72 h; debe ser aplicado en un tiempo de 15 – 25 minutos con una bolsa de agua caliente. Para hacer terapia de contraste con calor y

frio, se iniciará con calor, posteriormente el frio y luego nuevamente al calor y finalizando con el frio. ¹⁴⁵

Es significativo reconocer que algunos autores refieren que los cambios bruscos de temperatura pueden provocar afectaciones como partos prematuros, refiriéndose a un baño muy caliente, una sauna, los baños de vapor (tipo turco) o masajes que impliquen el uso de vendas demasiado calientes, sin embargo, esta hipótesis debe estudiarse con mayor detenimiento. ¹⁴⁶ Un estudio hecho por Hajiamini Z, Nir Masoud S, Ebadi A, Mahboubh A, Asgari Matin A. denominado “*Comparing the Effects of Ice Massage and Acupressure on Labor Pain Reduction*”, ¹⁴⁵ evidencia la eficacia al realizar masaje con hielo en el punto de acupuntura L14, puesto que este, reduce el dolor en el trabajo de parto, acorta el tiempo del proceso y no tiene efectos secundarios o riesgos de alergia. ¹⁴⁵

El masaje con calor o frio ofrece una variedad de privilegios como la relajación, mejora el patrón del sueño, mejora el estado de ánimo de la materna, disminuye la ansiedad y el estrés. El uso de diferentes temperaturas mejora la percepción del dolor y ayuda a que la materna se sienta segura y tranquila al percibir un dolor leve y no intenso.

4.3.4.5. Uso de la pelota de parto

La pelota de partos (PDP), también conocida como balón de parto o bola suiza, denominada así por su uso inicialmente en los niños con deficiencia neurológica en Suiza, es un instrumento esférico de goma, con un tamaño comprendido de 65 a 75 cm de diámetro, considerado como una plataforma inestable, en primera instancia se creó como un juguete infantil en los años 60 (1963 Italia); posteriormente en los años 80 se usa en la obstetricia por mujeres

alemanas para corregir las posiciones fetales. ¹⁴⁷ Esta estrategia se relacionada con la libertad de movimientos, el balance pélvico y la posición vertical de la materna, demostrando una disminución de la ansiedad y del dolor durante el proceso de parto, es recomendada para favorecer la dilatación en el trabajo de parto activo (4 - 7 cms). ¹⁴⁸

Así pues, la pelota de partos activa la musculatura que ejercen en la posición materna, dichos músculos al relajarse ayudan a disminuir molestias como el dolor lumbar. Al sentarse sobre el balón de parto, se ejerce una fuerza contraria a la gravedad que sirve de soporte al suelo pélvico superficial; por ello, el trabajo que se realiza sobre la pelota no sobrecarga los músculos del suelo pélvico. Además, posibilita flexionar las piernas para la abertura del canal de parto, sin sobrecargar las articulaciones, favoreciendo el descenso, la rotación y el encajamiento de la presentación. ⁶⁷

En la actualidad no se han encontrado contraindicaciones ni efectos negativos para la madre o el feto relacionados con el uso de la PDP. La técnica correcta al utilizar la PDP consiste en que una vez sentada la gestante deberá realizar movimientos de balanceo y rotación de la pelvis con la columna derecha y los pies apoyados en el suelo. ¹⁴⁹ Con la PDP se pueden realizar varias posiciones, a continuación, veremos una de ellas. Gráfica 15, 16, 17, 18.

Esta posición con la pelota sobre la pared permite dar un masaje, mediante la libertad de movimientos. ¹⁴⁷



Gráfica 15. Mujer de pie. Luces Lago A, Tizón Bouza E, Mosquera Pan L. ¹⁴⁷

En esta posición la espalda esta erguida y ligeramente inclinada hacia adelante para favorecer el descenso y la presentación fetal, en esta posición se relaja toda la musculatura lumbar, dando movilidad a la pelvis. ¹⁴⁷



Gráfica 16. Mujer sentada en posición correcta (pelvis en ante versión). Luces Lago A, Tizón Bouza E, Mosquera Pan L. ¹⁴⁷

Esta posición favorece el inicio de la fase de expulsión. ¹⁴⁷



Gráfica 17. Mujer en decúbito lateral. Luces Lago A, Tizón Bouza E, Mosquera Pan L. ¹⁴⁷

Esta postura puede ser agotadora si se usa durante largo tiempo; la posición del fémur facilita movimientos de la pelvis que ayudan al encaje y rotación de la cabeza del bebé. ¹⁴⁷



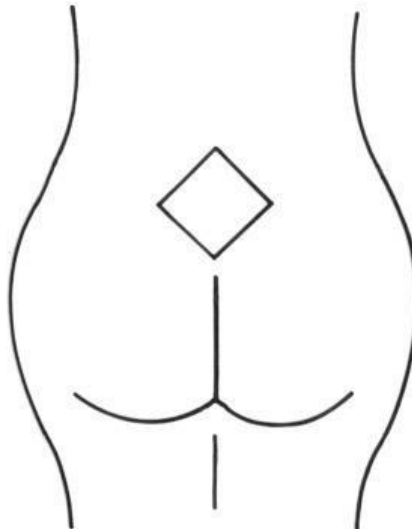
Gráfica 18. Mujer en posición cuadrúpeda. Luces Lago A, Tizón Bouza E, Mosquera Pan L. ¹⁴⁷

En un estudio realizado por Neiva LM y Costa AG. “*A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado*”, ¹⁵⁰ se definen algunas indicaciones para el uso de la PDP como la relajación (24.2%), el alivio del dolor (15.1%), la progresión lenta del parto (13.6%), el estímulo para moverse (7, 6%) y el ejercicio del perineo (4.5%). ¹⁵⁰ Se recomienda realizar ejercicios con la pelota de parto en el hogar durante al menos 20 minutos, tres veces por semana. ¹⁵¹ Después de observar la eficacia de la pelota de parto desde los estudios anteriormente mencionados sería ideal que en las salas de trabajo de parto se implemente este instrumento, pero en realidad, no se encontraron antecedentes del uso de este objeto en instituciones hospitalarias de Bogotá.

4.3.4.6. Inyección intradérmica en el Rombo de Michaelis

El rombo de Michaelis es el espacio comprendido entre la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar, las espinas ilíacas postero - superiores y la unión de los glúteos, que tiene forma romboidal.

Gráfica 19 En dicha zona, el dolor es percibido de manera intensa por las mujeres en el trabajo de parto, es por esto que, esta zona es empleada para la inyección de agua estéril, provocando una pequeña pápula que causa irritación local y una fuerte estimulación sensorial de los nociceptores de la piel, aliviando de este modo el dolor. Esta indicado en síntomas iniciales de parto, primera etapa del trabajo de parto y dolor lumbar. ¹⁰⁸



Gráfica 19. Rombo de Michaelis. Ebscohost. Tomada desde: <https://cutt.ly/Eyx32kK>

Esta técnica se realiza mediante la colocación de 4 (cuatro) inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis, con una jeringa de insulina o una aguja de calibre pequeño (23G o 30G), de forma secuencial durante una contracción uterina, se inyecta entre 0,1 (intradérmica – piel) y 0,5 ml (en tejido subcutáneo) provocando un bloqueo de los estímulos nerviosos espinales, entre contracciones. Finalmente, este método analgésico fácil, rápido, eficaz y sin efectos secundarios, está recomendado por la SEGO

(Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) y la IPN (Iniciativa al Parto Normal), debido a la disminución del dolor.⁴³

Aunque la aplicación de esta técnica requiere de más estudios respecto a su uso, seguridad y efectividad, consideramos que su empleo en el entorno hospitalario debería ser contemplado como una alternativa para el manejo del dolor pues resulta una herramienta sencilla y de fácil aplicación que puede modificar la experiencia dolorosa durante el trabajo de parto.

5. CONCLUSIONES

La consolidación de este proceso investigativo nos ha permitido identificar varios aspectos que consideramos de alta relevancia para el cuidado de Enfermería a la mujer, gestante y recién nacido, visto de una manera mucho más amplia que la simple patologización del embarazo, parto y posparto.

Definitivamente la analgesia epidural es la primera elección para el manejo del dolor en el parto, pero no es un método accesible para todas las mujeres en trabajo de parto, incluso actualmente muchas se inclinan por no utilizar este tipo de métodos farmacológicos y tener un parto lo más “*natural*” posible, lo que evidencia la necesidad de buscar otras alternativas analgésicas de mínimo riesgo para la mujer y su bebé. Se han encontrado otros métodos para el manejo del dolor de parto, tales como: métodos psicológicos, de apoyo y educación prenatal, terapias alternativas y métodos físicos. Sin embargo, es importante que el uso de terapias alternativas continúe su proceso de validación mediante procesos investigativos que evidencien científicamente sus beneficios, su relación costo efectividad y sobre todo que permitan ampliar la gama de posibilidades de las usuarias de servicios de atención de parto hospitalarios que prefieran métodos menos invasivos.

Efectivamente, las terapias alternativas o complementarias representan una opción diferente a los tratamientos e intervenciones habituales y necesitan ser aplicadas en el mundo moderno, tanto en el entorno hospitalario como en el hogar, donde la mujer pueda tomar decisiones de manera autónoma y libre respecto al mejor método y sobre todo con el acompañamiento de personal preparado, escoger la técnica que más se ajuste a sus necesidades y preferencias.

Es fundamental que el profesional de Enfermería establezca lazos de mutua cooperación y mayor apertura epistémica con otros conocimientos, culturas y tradiciones ancestrales utilizadas para el control del dolor y el aumento de la satisfacción con el parto, ¹⁵² estas prácticas que son muy relevantes para sus comunidades de origen pueden ser útiles para generar una verdadera atención integral y respetuosa de la unicidad de las personas.

Desde una mirada que atraviesa el enfoque de humanización del parto, es importante desligarse de la concepción tradicional de atención de la gestación, el parto y el manejo del dolor, especialmente con un sistema de salud como el nuestro, que desde hace varios años ha inventado trabas y enormes vacíos en la atención, falta de coberturas, inaccesibilidad y una atención condicionada a la capacidad de pago.

Nuestro cuidado no puede limitarse a lo escrito en protocolos y guías que están contruidos de forma robusta pero que al momento de ser llevados a la práctica son irreales, desde Enfermería tenemos que buscar las herramientas y dar las luchas que sean necesarias para garantizar el derecho de la mujer a tener un parto respetado; como enfermeras debemos llevar la bandera, que busque la tecnificación de los servicios junto con la formación y sensibilización del personal orientándola a priorizar el bienestar de la mujer

durante el parto, el respeto por su autonomía y decisiones y la valoración de la experiencia del parto como un proceso que no debe generar sufrimiento.

La humanización durante el trabajo de parto es primordial para lograr una experiencia memorable en la maternidad, y el uso o aplicación de medidas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio al dolor es uno de los eslabones principales.¹⁵³ Otros de los aspectos que podemos concluir como resultado de esta investigación es que la aplicación de métodos cualitativos para el análisis de información significó una herramienta muy valiosa para la interpretación de resultados desde una mirada que da el protagonismo a la experiencia.

6. RECOMENDACIONES

6.1. Recomendaciones para la política y el sistema de salud

Con el propósito de garantizar una experiencia de parto positiva para la mujer y su familia, surge la necesidad de incluir en la política pública relacionada con la atención de la mujer durante la gestación y el parto (ruta materno perinatal) la aplicación de terapias alternativas como estrategia costo - efectiva para el manejo del dolor, que pueda replicarse en áreas rurales y territorios dispersos geográficamente, donde el acceso a métodos como la analgesia epidural resultan imposibles. Esto a su vez contribuiría al cumplimiento del Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible: Salud y bienestar que busca garantizar una cobertura universal de salud a todos los habitantes para una vida sana en todos los momentos del ciclo vital, especialmente durante el embarazo y el nacimiento.¹⁵⁴

6.2. Recomendaciones para el servicio de salud

Es importante establecer alianzas interdisciplinarias (enfermeras/os, médicos, psicología y trabajo social entre otros) para el diseño de intervenciones integrales orientadas a la atención de la mujer gestante y su familia en un

momento tan importante como el parto contemplando las creencias y expectativas personales y socioculturales.

Es necesario realizar la adaptación de los servicios de atención de la gestación, el parto y el puerperio, a las condiciones que plantea la atención humanizada, lo que debe incluir la infraestructura, recursos y talento humano necesarios para incluir el uso de terapias alternativas en el abordaje integral del dolor y como medida para incrementar el bienestar durante el proceso de la gestación, en el marco de propuestas como la evidenciada en el proyecto de ley No. 063/2017 o Ley de Parto Humanizado que plantea como punto fundamental el *“Derecho de la mujer a ser informada sobre las diversas alternativas médicas de atención del parto, el riesgo materno y perinatal derivado del embarazo y las posibles complicaciones durante el proceso del parto, de cualquier tipo de procedimiento con el fin de que pueda optar libremente cuando existen diferentes alternativas”* y *“derecho a recibir, según el caso y de acuerdo a las posibilidades de existencia del recurso, analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un Médico Especialista Anestesiólogo para buscar una maternidad segura, feliz, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido”*.¹⁵⁵

6.3. Recomendaciones para el cuidado de Enfermería

Importancia del fortalecimiento del rol de la enfermera y su empoderamiento en el aprendizaje e implementación de terapias alternativas como un nuevo campo de conocimiento y como una herramienta para proveer cuidado holístico. Esto definitivamente contribuiría al fortalecimiento del papel de liderazgo de la enfermera en el cuidado de la mujer, gestante y recién nacido.

Fomentar a través de la investigación el conocimiento de las prácticas culturales para el manejo de dolor en comunidades indígenas, parteras del

pacífico, ROMS y demás grupos étnicos, que estén relacionadas con el uso ancestral de plantas, posiciones y otras técnicas para así reconocerlas y validar su uso en la atención del parto especialmente en lugares donde no se puede garantizar la atención institucional del embarazo y parto, teniendo en cuenta por ejemplo los aspectos teóricos de la teoría de Madeleine Leininger “*Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad*” que afirma que la cultura y el cuidado son los medios más óptimos para entender el comportamiento de las personas y por su diversidad de culturas las personas pueden ofrecer un conocimiento distinto para obtener una visión más amplia.

156

6.4. Recomendaciones para la educación en Enfermería

Las universidades deben incluir en todos los currículos de formación de pregrado en Enfermería en el país, un componente teórico – práctico de enseñanza de terapias alternativas y su aplicación como herramienta para el tratamiento de las enfermedades y síntomas desagradables en las personas independientemente del ciclo vital en que se encuentren. Además, una estrategia para fortalecer este proceso sería el hecho de vincular a los estudiantes de Enfermería en los procesos investigativos de las facultades y escuelas, que contribuyan a robustecer la investigación de la efectividad y seguridad de estas terapias durante la gestación y para el manejo del dolor en el trabajo de parto, especialmente aquellas que no se encuentran condicionadas solo al ejercicio médico.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moure Rodríguez P, Del Pino Rodríguez DA, Alvaredo Blanco R. De lo psicológico a lo fisiológico en la relación entre emociones y salud. *Psicologiacientifica.com*. [Internet]. 2019 [fecha de último acceso: 13 de julio de 2019]. Disponible desde: <https://www.psicologiacientifica.com/relacion-emociones-y-salud/>

2. Scarrone C. Cuidados de enfermería en la embarazada. Monografias.com. [Internet]. 2012 [fecha de último acceso: 13 de julio de 2019]. Disponible desde: <https://www.monografias.com/trabajos75/cuidados-enfermeria-embarazada/cuidados-enfermeria-embarazada2.shtml>
3. Pérez Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR. El dolor y sus tratamientos a través de la historia. RSED. Scielo. [Internet]. 2005 [fecha de último acceso: 13 de julio de 2019]; 12 (6): p. 373 - 84. Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000600007
4. Muriel C, Llorca Diez G. Conceptos Generales del dolor. Master del dolor. [Internet] [fecha de último acceso: 13 de julio de 2019]. Disponible desde: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%201.pdf>
5. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona). Scielo. [Internet]. 2005 [fecha de último acceso: 13 de julio de 2019]; 28 (3): p. 33 - 37. Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
6. Yuste P. El arte de la curación en la antigua Mesopotamia. UNED. [Internet]. 2010 [fecha de último acceso: 13 de julio de 2019]: p. 27 - 42. Disponible desde: <http://revistas.uned.es/index.php/ETFII/article/download/1759/1638>
7. Cómo difiere el dolor según el sexo. Arthritis Foundation. [Internet]. 2016 [citado el 15 de abril de 2019]. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/combata-el-dolor/dolor/dolor-controlando/dolor-controlando-hombres-mujeres/>
8. Dolores de cabeza y hormonas: ¿Cuál es la relación? Mayo Clinic. [Internet] [citado el 15 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/chronic-daily->

[headaches/in-depth/headaches/art-20046729?fbclid=IwAR0d1BsRHwguOrsaLRf8U98-iXujTbyMHY0CuOSBOurIBWWXwQ2zmaWV0gE](https://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf)

9. Rocha Pereira R, Franco C, Baldin N. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. RBA. Scielo. [Internet]. 2011 [fecha de último acceso: 15 de abril de 2019]; 61 (3): p. 204 - 201. Disponible desde: https://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf
10. Preguntas más frecuentes sobre la acupuntura. Sanitas [Internet] [citado el 21 de abril de 2019]. Disponible en: <http://resultados.sanitas.es/s/acupuntura/j/biblioteca-de-salud>
11. Acupuntura china. Layac. [Internet]. 2014 [citado el 12 de julio de 2019]. Disponible desde: http://www.aidsinfont.org/fact_sheets/view/703?lang=spa
12. Blumberg MJ. Analgesia durante el trabajo de parto y el parto vaginal. Anestesia.org. [Internet] [fecha de último acceso: 12 de julio de 2019]. Disponible desde: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/191/c.php
13. Covarrubias Gómez A. Manual de apoyo avanzado en dolor. Centro ALGIA® para la Educación en Medicina. [Internet]. 2008 [citado el: 21 de abril de 2019]. Disponible desde: http://algia.org.mx/uploads/1/0/6/9/106905879/manual_curso_aada_y_aada-pro_2017.pdf
14. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema. [Internet]. 2017 [fecha de último acceso: 16 de junio de 2020]. Disponible desde: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Morbilidad%20materna%20extrema.pdf>
15. Clasificación del dolor. Dolor.com. [Internet] [fecha de último acceso: 16 de abril de 2019]. Disponible desde: <https://www.dolor.com/clasificacion-dolor.html>

16. Romera E, Perena MJ, Perena MF. Neurofisiología del dolor. RSED. [Internet]. 2000 [fecha de último acceso: 16 de abril de 2019]: p. 11-17. Disponible desde: http://revista.sedolor.es/pdf/2000_10_04.pdf
17. Zahonero Bermejo M. Histamina: funciones y trastornos asociados. Psicología y Mente. [Internet]. 2016 [citado el 18 de abril de 2019]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/neurociencias/histamina>
18. La serotonina y las emociones. Sanitas. [Internet] [citado el 18 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/serotonina.html>
19. Figueroba A. Catecolaminas: tipos y funciones de estos neurotransmisores. Psicología y Mente. [Internet]. 2017 [citado 18 de abril de 2019]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/neurociencias/catecolaminas>
20. ¿Qué es leucotrieno? Clínica Universidad de Navarra. [Internet] [citado el 18 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/leucotrieno>
21. Pedrajas Navas J, Molino González ÁM. Bases neuromédicas del dolor. Clínica y Salud. Scielo. [Internet]. 2008 [citado 2020 mayo 31]; 19 (3): p. 277 - 293. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300002&lng=es.
22. Moreno C, Prada DM. Fisiopatología del dolor clínico. ACN. [Internet]. 2004 [fecha de último acceso: 01 de junio de 2020]. Disponible desde: <http://www.acnweb.org/guia/g3cap2.pdf>
23. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Teorías de la transmisión del impulso doloroso. Uninet. [Internet] [fecha de último acceso: 01 de junio de 2020]. Disponible desde: <https://www.uninet.edu/tratado/c120304.html>
24. Barrera Ortiz L, Carrillo GM, Chaparro Díaz L. Cuidado de Enfermería en situaciones de enfermedad crónica. UNC. [internet]. 2014 [fecha de

último acceso: 01 de junio de 2020]. Disponible desde:
<http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidado-de-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica/pubData/source/Cuidado-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica-uflip.pdf>

25. Sánchez Herrera B. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. Aquíchan. [Internet]. 2003 [citado el 13 de julio de 2019]; 3 (1). Disponible en:
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/35>
26. Mamede Villela M, Almeida AM, Mamede F. Pain during the labor active phase: the effect of walking. RLE. ResearchGate. [Internet]. 2007 [fecha de último acceso: 13 de julio de 2019]; 15 (6): p. 1157 - 1162. Disponible desde:
https://www.researchgate.net/publication/5615962_Pain_during_the_labor_active_phase_The_effect_of_walking
27. Fernández Medina IM. Alternativas analgésicas al dolor de parto. Enfermería Global. Scielo. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso: 13 de julio de 2019]; 13 (33): p. 400 - 406. Disponible desde:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100020
28. Cambios en la anatomía y fisiología de la embarazada. Natalben. [Internet] [citado el 19 de abril de 2019]. Disponible en:
<https://www.natalben.com/ejercicio-recomendado-en-el-embarazo/cambios-anatomia-fisiologia-embarazada>
29. Gary Cunningham F, Kenneth J, Bloom C. Fisiología del trabajo de parto. Williams. Obstetricia. [Internet] [citado el 18 de abril de 2019]. Disponible desde:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1525&isMissingChapter=true>
30. Palacio Abizanda FJ, Ortiz Gómez JR. Dolor en la paciente obstétrica. ResearchGate. [Internet]. 2006 [citado el 13 de julio de 2019]: p. 21 - 92. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/289497649_Dolor_en_la_paciente_obstetrica?channel=doi&linkId=568d1fcc08aeecf87b219524&showFulltext=true

31. Gomezese O, Estupiñan Ribero B. Analgesia obstétrica: situación actual y alternativa. RCA. [Internet]. 2017 [fecha de último acceso: 13 de julio de 2019]; 45 (2): p. 132 - 135. Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334717300060>
32. Beltrán Brown K, Díaz Pizarro MC, Vargas Benavente LM. Uso de balón kinésico en el trabajo de parto de primigestas y multíparas asistidas en la maternidad del Hospital de Pallaco, octubre - noviembre del 2012. Tesis Electrónicas UACH. [Internet]. 2012 [citado el 13 de julio de 2019]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/8012552/tesis-electr%C3%B3nicas-uach---universidad-austral-de-chile>
33. Londoño Palacio OL, Maldonado Granados LF, Calderón Villafañez LC. Guía para construir estados del arte. [Internet]. 2016 (fecha de último acceso: 03 de mayo de 2019). Disponible desde: <http://iconk.org/docs/guiaaea.pdf>
34. Gómez Vargas M, Galeano Higueta C, Jaramillo Muñoz DA. El estado del arte: una metodología de investigación. RCCS. [Internet]. 2015 [fecha de último acceso: 03 de mayo de 2019]; 6 (2). Disponible desde: https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/download/1469/pdf_26
35. Duque H, Aristizábal Díaz Granados ET. Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. Pensando psicología. [Internet]. 2019 [fecha de último acceso: 17 de junio de 2020]; 15 (25): p. 01 - 24. Disponible desde: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/download/2956/2771/>

36. Resolución No. 8430 del 4 de octubre de 1993 - Invima – Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. [Internet] [citado el 19 de abril de 2019]. Disponible en: <https://paginaweb.invima.gov.co/resoluciones-medicamentos/2977-resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993.html>
[Propuesta metodológica](#)
37. Villa JMM. Dexmedetomidina como coadyuvante analgésico para el trabajo de parto. Reporte de dos casos. Colombian Journal of Anesthesiology / RCA. ClinicalKey. [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 28]; 40 (1): p.79 – 81. Available from: <https://www-clinicalkey-es.recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2443/#!/content/journal/1-s2.0-S012033471270014X>
38. Ortiz JR, Gómez FJ, Palacio A. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. Scielo. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso: 13 de agosto de 2019]; 37 (3). Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000300010
39. Rodríguez Ramón R, Márquez González H, Jiménez Báez MV. Eficacia analgésica entre dos concentraciones de bupivacaína en mujeres en trabajo de parto. Ensayo clínico controlado aleatorizado triple ciego. RCA. ClinicalKey. [Internet]. 2015 [fecha de último acceso: 13 de agosto de 2019]; 43 (3): p. 179-185. Disponible desde: <https://www-clinicalkey-es.recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2443/#!/content/journal/1-s2.0-S0120334715000349>
40. Sehhatie Shafaie F, Kazemzadeh R, Amani F. The Effect of Acupressure on Sanyinjiao and Hugo Points on Labor Pain in Nulliparous Women: A Randomized Clinical Trial. JCS. PubMed. [Internet]. 2013 [citado el 15 de septiembre de 2019]; 2 (2): p. 123 - 129. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4161094/>

41. Domínguez R, Carmona R, Cruz O. Analgesia epidural para el alivio del dolor de parto en pacientes con angioedema hereditario. [Internet]. 2018 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 22 (1): p. 88 - 91. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2018/cmc181n.pdf>
42. Martínez Galiano JM. Utilidad y satisfacción de las usuarias con la inmersión en agua durante el proceso de parto. RCOG. Scielo. [Internet]. 2015 [fecha de último acceso: 28 de agosto de 2019]; 41 (29). Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65991>
43. Gómez ME. Analgesia alternativa a la anestesia epidural durante el parto. EneRE. [Internet]. 2009 [citado el 27 de agosto de 2019]; 3 (1). Disponible desde: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/153>
44. Yasemin H. The Effect of Acupressure Applied to Point LI4 on Perceived Labor Pains. PubMed. [Internet]. 2017 [citado el 27 de octubre de 2019]; 31 (3): p. 167 - 176. Disponible desde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28406870/>
45. Sánchez Millagon V, Sánchez E, Miranda A. Análisis y evaluación de la analgesia epidural y su relación con el parto eutócico o distócico. REAR. Kundoc. [Internet]. 2016 [fecha de último acceso: 20 de agosto de 2019]. Disponible desde: <https://kundoc.com/pdf-analisis-y-evaluacion-de-la-efectividad-de-la-analgesia-epidural-y-su-relacion-c.html>
46. Aguilera C, Mesas A, Muñoz C. Alternativas terapéuticas a la analgesia epidural en el dolor del parto. ClinicalKey. [Internet]. 2009 [citado el 20 de agosto de 2019]; 133 (15): p. 599 - 601. Disponible desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-alternativas-terapeuticas-analgesia-epidural-el-S0025775309011142>
47. Piedrahíta Gutiérrez DL, España Chamorro JA, López Clavijo CA. Resultados obstétricos y perinatales en pacientes con o sin analgesia

- obstétrica durante el trabajo de parto. Scielo. [Internet]. 2016 [citado el 20 de agosto de 2019]; 29 (3): p. 263 - 269. Disponible desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932016000300263&script=sci_abstract&lng=es
48. Caballero V, Santos P, Polonio L. Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. [Internet]. 2016 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 13 (85). Disponible desde: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/927/731>
49. Núñez P. Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. Dialnet. [Internet]. 2014 [citado el 29 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4799082>
50. Gue Martini J, Greice Becker S. A acupuntura na analgesia do parto: percepções das parturientes. RE. Scielo. [Internet]. 2009 [citado el 28 de noviembre de 2019]; 13 (3): p. 589 - 94. Disponible desde: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300019
51. Benvinda Nereu M, Nieve de Jesús S, Casado Morales MI. Estrategias de relajación durante el periodo de gestación. Beneficios para la salud. CS. Scielo. [Internet]. 2013 [fecha de último acceso 29 de agosto de 2019]; 24 (2). Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Paramore B, Paramore SB. Analgesia in labor. IJCE. EBSCOhost. [Internet]. 2018 [citado el 10 de octubre de 2019]; 33 (1). Disponible desde: <https://web-a-ebsochost.com/recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2443/ehost/detail/detail?vid=8&sid=076c4dd4-afcd-41b5-a3f0-c0615bb4b70d%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1l aG9zdC1saXZl#AN=127211604&db=awh>

53. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A. Correction: Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open*. [Internet]. 2016 [citado 16 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e010691>
54. Annika L, Ingegerd H. Preferencias de las mujeres y alivio del dolor en el parto. Un estudio longitudinal prospectivo en una región del norte de Suecia. *PubMed*. [Internet]. 2015 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 6 (2): p. 74 - 81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25998874/>
55. Hidalgo Cabrera MC, Rodríguez Gómez CL, Pulido Barca M. Valoración de la satisfacción materna con la analgesia epidural para el trabajo de parto. *RCA. ClinicalKey*. [Internet]. 2012 [fecha de último acceso 27 de agosto de 2019]; 26 (4): p. 251 - 255. Disponible desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-valoracion-satisfaccion-materna-con-analgesia-S1134282X11000479>
56. Heesen M, Veese M. Analgesia en obstetricia. *PubMed*. [Internet]. 2012 [citado el noviembre 20 de 2019]; 72 (7): p. 596 - 601. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168364/>
57. Campuzano C. Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad. *RSED. Scielo*. [Internet]. 2007 [citado el 03 de septiembre de 2019]; 14 (2). Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000200005
58. Bloqueo del nervio periférico para el control del dolor después de una cirugía: instrucciones para el hogar. *Intermountain Healthcare*. [Internet] [fecha de último acceso: 10 de mayo de 2020]. Disponible desde: <https://intermountainphysician.org/layouts/Custom/KnowledgeReposit>

[ory/KrDocumentFetch.aspx?target=document&ncid=521368996&tfrm=default](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521689617300022)

59. Leong B, Tiong A. Maintenance of epidural labour analgesia: The old, the new and the future. BPRCA. [Internet]. 2017 [citado el 10 de octubre de 2019]; 31 (1): p. 15 - 22. Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521689617300022>
60. González Cárdenas VH, Munar González FD, Gómez Barajas WJ. Remifentanilo vs. analgesia epidural para el manejo del dolor agudo relacionado con el trabajo de parto. Revisión sistemática y meta-análisis. RCA. Scielo. [Internet]. 2014 [citado el 20 de agosto de 2019]; 42 (4): p. 281 - 94. Disponible desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472014000400006
61. Haralk Breivik S. Alivio del dolor durante el parto: eficacia y seguridad de la prolongación analgésica laboral con morfina directamente en la zona lumbar líquido cefalorraquídeo (LCR). PubMed. [Internet]. 2016 [citado el 29 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28850516/>
62. Arnal D, Serrano ML, Corral EM. Remifentanilo intravenoso para analgesia del trabajo del parto. AR. [Internet]. 2009 [citado el 20 de agosto de 2019]; 56 (4): p. 222 - 231. Disponible desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-remifentanilo-intravenoso-analgesia-del-trabajo-S0034935609703767>
63. Pereira A. Guía de Clasificación Teratogénica FDA. [Internet] [fecha de último acceso: 10 de mayo de 2020]. Disponible desde: <https://www.doctoraugustopereira.com/app/download/5787150225/fda.pdf>
64. Zafar S, Najam Y, Arif Z. A randomized controlled trial comparing Pentazocine and Chamomilla recutita for labor pain relief. PubMed

- [Internet]. 2016 [citado el 15 de septiembre de 2019]; 105: p. 66 - 70. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26827999>
65. Gallego Úbeda M, Delgado Téllez de Cepeda L, Campos Fernández de Sevilla M. Actualización del uso de fármacos durante el embarazo: categorías de riesgo. Farmacia Hospitalaria. Scielo. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso: 27 de junio de 2020]; 38 (4): p. 364 – 378. Disponible desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v38n4/12revision02.pdf>
66. Espinoza Rojas E, Arévalo Peláez C, Abril Matute CP. Ensayo Clínico Aleatorizado: Eficacia analgésica del tramadol durante la fase activa del parto. RMHJCA. [Internet]. 2015 [citado el 03 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Ensayo-Cl%C3%ADnico-Aleatorizado%3A-Eficacia-Analg%C3%A9sica-la-Rojas-Pel%C3%A1ez/5e9e8e968c41da29d4b439168504c100489d8deb>
67. Fernández Arranz J, Pedraz Marcos A, Palmar Santos AM. Pelota de parto versus petidina y haloperidol en la satisfacción en el parto. Enfermería Clínica. ClinicalKey. [Internet]. 2019 [citado el 20 de agosto de 2019]; 29 (4): p. 234-238. Disponible desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-pelota-parto-versus-petidina-haloperidol-S1130862119300610>
68. Gómez Hernández A, Domínguez Pérez B, Exposito Camacho A. Analgesia durante el trabajo de parto y su influencia sobre el estado neuroconductual del recién nacido. [Internet]. 2009 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 8 (2). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-739006>
69. Canessa BE, Añazco GR, Gigoux MJ. Anestesia para el trabajo de parto. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso: 20 de agosto de 2019]; 25 (6): p. 979 - 986. Disponible desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-anestesia-el-trabajo-parto-S0716864014706479>

70. Chaillet N, Belaid L, Crochetière C. Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis. *Birth*. PubMed. [Internet]. 2014 [citado el 17 de septiembre de 2019]; 41 (2): p. 122 - 37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24761801>
71. Franco de Silva E, Rejane Satrapasson M, Santos C.A. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto y el parto. *REDU*. ResearchGate. [Internet]. 2011 [fecha de último acceso 29 de noviembre de 2019]; 1 (2). Disponible desde: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2526>
72. Álvarez Monjarás M. Medicina tradicional china: la clínica oriental y su relación con el paradigma psicológico occidental. *Psicología Iberoamericana*. Redalyc. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso: 27 de junio de 2020]; 22 (1): p. 72 - 80. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133944229009.pdf>
73. Ardila Jaimes CP. La Medicina Tradicional China en la prevención de la enfermedad. *RCS*. Scielo. [Internet]. 2015 [fecha de último acceso: 27 de junio de 2020]; 13 (2): p. 275 - 281 / 275. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v13n2/v13n2a11.pdf>
74. Erenoglu R, Baser M. Effect of expressive touching on labour pain and maternal satisfaction: A randomized controlled trial. *PubMed*. [Internet]. 2019 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]; 34: p. 268 - 274. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30712737>
75. Ediane Gayeski M, Odaléa Brüggemann M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Scielo*. [Internet]. 2010 [citado 30 de noviembre de 2019]; 19 (4). Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022

76. Seda Unalmis E, Emre Y, Asli G. Effects of Low Back Massage on Perceived Birth Pain and Satisfaction. CTCP. PubMed. [Internet]. 2017 [citado el 09 de octubre de 2019] p. 169 - 175. Disponible desde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28779925/>
77. Ministerio de Salud y Protección Social. TODO LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE EL PLAN DE BENEFICIOS – POS. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso: 27 de junio de 2020]. Disponible desde. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/todo-lo-que-usted-debe-saber-sobre-el-plan-de-beneficios.pdf>
78. Díaz V, Macías M. Uso de acupuntura en el manejo de dolor durante el trabajo de parto. RIA. ClinicalKey. [Internet]. 2013 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 7 (1): p. 21 - 25. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-uso-acupuntura-el-manejo-dolor-S1887836913700814>
79. Ozgoli G, Mobarakabadi S, Heshmat R. Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial. CTM. PubMed. [Internet]. 2016 [citado el 10 de octubre de 2019]; 29: p. 175 - 180. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27912944>
80. Schlaeger MJ, Midwifery J. Acupuncture and Acupressure in Labor. PubMed. [Internet]. 2017 [citado el 17 de septiembre de 2019]; 62 (1): p. 12 - 28. Disponible desde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28002621/>
81. Levett KM. Acupuncture and acupressure for pain management in labour and birth: a critical narrative review of current systematic review evidence. PubMed. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]; 22 (3): p. 523 - 540. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24906592>
82. Curci KM. The Use of Acupuncture and Acupressure as Comfort Measures in Childbirth: What Providers and Educators Need to Know

International? JCE. EBSCOhost. [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 19]; 34 (4): p. 28 - 32. Available: <https://web-a-ebSCOhost-com.recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2443/ehost/detail/detail?vid=2&sid=b4a0109f-ea80-437f-853d-6a5d56b59204%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1l aG9zdC1saXZl>

83. Smith CA, Cochrane S. Does acupuncture have a place as an adjunct treatment during pregnancy? A review of randomized controlled trials and systematic reviews. PubMed. (Internet). 2009 [citado 17 de septiembre de 2019]; 36 (3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19747272>
84. Cáncer Villacampa A, Chamizo Bremera S, Cabré Gilib N.L. La acupuntura puede ser efectiva en la inducción del trabajo de parto en el embarazo prolongado. RIA. [Internet]. 2011 [citado en el 19 de febrero de 2020]; 5: p. 144 - 147. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-la-acupuntura-puede-ser-efectiva-X1887836911933675>
85. Ministerio de Salud y Protección Social. LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ARTICULACIÓN DE LAS MEDICINAS Y LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS, EN EL MARCO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. [Internet]. 2018 [fecha de último acceso: 27 de junio de 2020]. Disponible desde: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-mtac-sgsss.pdf>
86. Roque Mafetoni R, Keiko Kakuda A. El uso de la acupresión para la evolución del parto y el alivio del dolor. RCE. ResearchGate. [Internet]. 2013 [fecha de último acceso 29 de noviembre de 2019]; 18 (2): p. 365 - 371. Disponible desde: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32587/20703>
87. Hjelmstedt A, Shenoy TS, Victorin Stener E. Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. AOG. PubMed. [Internet].

- 2010 [citado el 15 de septiembre de 2019]; 89: p. 1459 - 1459.
 Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20822474>
88. Wenzhu M, Wenjing Bai B, Caixia L. Effects of Sanyinjiao (SP6) with electro acupuncture on labour pain in women during labour. PubMed. [Internet]. 2011 [citado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible desde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21195290/>
89. Lee MK, Chang SB, Kang DH. Effects of SP6 Acupressure on Labor Pain and Length of Delivery Time in Women during Labor. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. ResearchGate. [Internet]. 2005 [citado el 17 de septiembre de 2019]; 10 (6): p. 959 - 65.
 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/8057934_Effects_of_SP6_Acupressure_on_Labor_Pain_and_Length_of_Delivery_Time_in_Women_During_Labor
90. Hamidzadeh A, Shahpourian F, Ahmad Khosravi. Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor. JMWH. PubMed. [Internet]. 2012 [fecha de último acceso: 15 de septiembre de 2019]. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22432484>
91. Roque Mafetoni R, Shimo Kakuda AK. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. RLAE. PubMed. [Internet]. 2016 [citado 20 de agosto de 2019]; 24 (0). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990037/>
92. Akbarzadeh M, Masoudi Z, Javad Hadianfard M. Comparison of the Effects of Maternal Supportive Care and Acupressure (BL32 Acupoint) on Pregnant Women's Pain Intensity and Delivery Outcome. JOP. [Internet]. 2014 [citado el 10 de octubre de 2019]. Disponible desde: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2014/129208/>
93. Dabiri F, Shahi A. The Effect of LI4 Acupressure on Labor Pain Intensity and Duration of Labor: A Randomized Controlled Trial. Oman. PubMed. [Internet]. 2014 [citado el 3 de octubre de 2019]; 29 (6): p.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4289495/>

94. Najafi F, Jaafarpour M, Sayehmiri K. An Evaluation of Acupressure on the Sanyinjiao (SP6) and Hugo (LI4) Points on the Pain Severity and Length of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. [Internet]. 2018 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]. Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/An-Evaluation-of-Acupressure-on-the-Sanyinjiao-and-Najafi-Jaafarpour/f8bb4656e28f805f27fa8f3e0d5b7db4dc2e25d3>
95. Valiani M, Azimi M, Dehnavi ZM. The effect of auriculotherapy on the severity and duration of labor pain. PubMed. [Internet]. 2018 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30159347>
96. Mafetoni Reginaldo R, Shimo K. Efectos de la auriculoterapia sobre el dolor de parto: un ensayo clínico aleatorizado. REEU. Scielo. [Internet]. 2016 [citado el 08 de octubre 2019]; 50 (5): p. 726 - 732. Disponible desde: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342016000500726&lng=en&nrm=iso&tlng=es
97. Parvin A, Hoda R, Mahboobeh V. The effect of Auriculotherapy on labor pain, duration of activity. Phase and rate of episiotomy among women of reproductive age. FRH. PubMed. [Internet]. 2017 [citado el 27 de octubre de 2019]; 11 (4): p. 185 - 190. Disponible desde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30288164/>
98. Roque Mafetoni R, Haddad Rodríguez M, Da Silva Jacob L. Efectividad de la auriculoterapia sobre la ansiedad en el trabajo de parto: ensayo clínico aleatorio. RLAE. Scielo. [Internet]. 2018 [citado en el 19 de febrero de 2020]; 26. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3030.pdf
99. Carvalho Pinto L, Chagas Barbosa SM, Silva P. Estratégias não farmacológicas do enfermeiro obstetra frente à dor no trabalho de

parto: produção científica entre 2009 e 2014. RCA. [Internet]. 2018 [citado el 28 de noviembre de 2019]; 11 (1): p. 2 - 21. Disponible desde: <http://www.cnad.edu.br/revista-ciencia-atual/index.php/cafsj/article/view/244>

100. Cáceres Manrique FM, Nieves Cuervo GM. ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO DIFERENCIAL SEGÚN CONDICIÓN CLÍNICA Y SOCIAL DE LA MATERNA. RCOG. Scielo. [Internet]. 2017 [fecha de último acceso: 27 de junio de 2020]; 68 (2): p. 128 - 134. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/v68n2a05.pdf>
101. Martínez JM, Delgado RM. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. RCOG. Scielo. [Internet]. 2013 [citado el 20 de agosto de 2019]; 78 (4): p. 293. Disponible desde: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400008
102. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A. The Complementary Therapies for Labour and Birth Study making sense of labour and birth - Experiences of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. Midwifery. PubMed. [Internet]. 2016 [citado el 3 de octubre de 2019]; 40: p. 124 - 133. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27428108>
103. Mazzali L, Gonçalves R. Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal. Redalyc. [Internet]. 2008 [fecha de último acceso: 29 de noviembre de 2019]; 12 (1): p. 07-17. Available at: https://www.redalyc.org/pdf/260/Resumenes/Abstract_26012806002_2.pdf
104. Frías A, Franco V. El dolor del parto ¡Un desafío que superar! RS. Redalyc. [Internet]. 2010 (fecha de último de acceso 29 de

noviembre de 2019]; 2 (1): p. 53 - 61. Disponible desde:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325005>

105. Porto AM, Amorim MM, Souza AS. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. [Internet]. 2010 [citado 16 de octubre de 2019]; 38 (10); p. 527 - 537. Disponible en:
http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf
106. Bonura KB. Just Breathe: Mindfulness as Pain Management in Pregnancy. IJCE. EBSCOhost. [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 19]; 33 (1): p. 6 - 9. Available from: <https://web-a-ebscobhost-com.recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2443/ehost/detail/detail?vid=4&sid=b4a0109f-ea80-437f-853d-6a5d56b59204%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1l aG9zdC1saXZl#AN=127211603&db=awh>
107. Lorenzo Ruíz L, González Ordi H, Calero Elvira. El empleo de la hipnosis en el manejo del dolor del parto: Un caso clínico. RCCSM. Dialnet. [Internet]. 2016 [citado el: 03 de septiembre de 2019]; 1: p. 33 - 57. Disponible desde:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912900>
108. Cisneros Rivas F, Chávez Ruiz I. Analgesia ambulatoria para el trabajo de parto. [Internet]. 2016 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 39 (1): p. 297 - 303. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161ab.pdf>
109. Rejane B, Gilson V, Janmilli C. Eficacia de las estrategias no farmacológicas para aliviar dolor laboral. Scielo. [Internet]. 2009 [citado en el 29 de noviembre de 2019]; 43 (2): p. 438 - 445. Disponible en:
<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf>
110. Scherrer de Araújo W, García Romero W, Zandonade E. Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado. RLAE. Scielo. [Internet]. 2016 [citado en el 19 de febrero de 2020]; 24.

Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02806.pdf

111. [Muñoz Sellés E](#), [Vallès Segalés A](#), [Goberna Tricas J](#). Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross-sectional study of midwives training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. PubMed. [Internet]. 2013 [citado el 17 de septiembre de 2019]; 13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238197>
112. Jahdi F, Sheikhan F, Haghani H. Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and delivery outcomes (A randomized controlled trial). CTCP. [Internet]. 2017 [citado el 10 de octubre de 2019]; 27: p. 1 - 4. Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388116302316>
113. Sotilo Tabarro C, Botinhon de Campos L, Olivera Galli N. Efecto de la música sobre el trabajo de parto y en el recién nacido. Redalyc. [Internet]. 2009 [citado en el 19 de febrero de 2020]; 44 (2): p. 445 - 452. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033304029.pdf>
114. Levy P, Wallen M. Audio Analgesia as a Comfort Measure during Labor. IJCE. EBSCOhost. [Internet]. 2017 [citado el 10 de octubre de 2019]; 32 (4). Disponible desde: <https://web-a-ebSCOhost-com.recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2443/ehost/detail/detail?vid=10&sid=076c4dd4-afcd-41b5-a3f0-c0615bb4b70d%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1l aG9zdC1saXZI>
115. Guétin S, Brun L, Deniaud M. Smartphone - based Music Listening to Reduce Pain and Anxiety before Coronarography: A Focus on Sex Differences. PubMed. [Internet]. 2016 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]; 22 (4): p. 60 - 63. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27548494>

116. Gokyildiz Surucu S, Ozturk M, Avcibay Vurgec B. The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey. [Internet]. 2018 [citado el 10 de octubre de 2019]; 30: p. 96 - 102. Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388117303559>
117. Yazdkhasti M, Pirak A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. CTCP. [Internet]. 2016 [citado el 10 de octubre de 2019]; 25: p. 81 - 86. Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388116300731>
118. Borges Osorio SM, Gomes da Silva L, Oliveira Nicolau A.I. Assessment of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor. RREN. Redalyc. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso 29 de noviembre de 2019]; 15 (1): p. 174 - 184. Disponible desde: https://www.redalyc.org/pdf/3240/324030684022_2.pdf
119. Heather Dyes M. Overview of hydrotherapy during labor. EBSCOhost. [Internet]. 2017 [citado el 27 de octubre de 2019]; 32 (4): p. 45 - 47. Disponible desde: https://scholarworks.waldenu.edu/sn_pubs/85/
120. Malle Pérez J, Róe Justiniano MT, Colóme Ochoa N. Uso de hidroterapia durante el parto: evaluación del dolor, uso de analgesia y seguridad neonatal. E.C. ClinicalKey. [Internet]. 2018 [fecha de último acceso: 13 de agosto de 2019]; 28 (5): p. 309 - 315. Disponible desde: <https://www-clinicalkey-es.recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2443/#!/content/journal/1-s2.0-S1130862117301572>
121. Mallen Pérez L, Terre Rull C, Rivera Palacio M. Inmersión en agua durante el parto: Revisión bibliográfica. [Internet]. 2015 [citado el

03 de septiembre de 2019]; 16 (3): p. 108 - 113. Disponible desde:
<https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/inmersion-en-agua-durante-el-parto-revision-bibliografica/>

122. Arendt KW, Tessmer Tuck JA. Nonpharmacologic labor analgesia. PubMed. [Internet]. .2013 [citado el 3 de octubre de 2019]; 40 (3): p. 351 - 371. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23972744>
123. Mazoni SR, González Stellutti D, Vanda Aparecida M. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. [Internet]. 2009 [citado 16 de octubre de 2019]; 16 (19): p. 40 - 44. Disponible en: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-1/ID_305.pdf
124. Schmuke AD. Water Immersion during Labor: Implications for Childbirth Educators. IJCE. EBSCOhost. [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://web-a-ebscohost-com.recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2443/ehost/detail/detail?vid=6&sid=b4a0109f-ea80-437f-853d-6a5d56b59204%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT11aG9zdC1saXZl>
125. Henline Sullivan D. Natural Labor Pain Management. IJCE. EBSCOhost. [Internet]. 2015 [citado el 27 de octubre de 2019]; 30 (2). Disponible desde: https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=sn_pubs
126. Uribe Bustamante D.M, Viveros Mejía L. Modelo de atención en salud "doulas", para mejorar la calidad del cuidado perinatal en instituciones de primer nivel de atención en Bogotá. Redalyc. [Internet]. 2009 [citado en el 19 de febrero de 2020]; 9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4096/409634352007.pdf>

127. Rodríguez Fernández B, Durán Castillo K. Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el período gestacional, parto y post parto en Costa Rica. REEACR. [Internet]. 2016 [fecha de último acceso: 28 de agosto de 2019]. Disponible desde:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/22112/22321>
128. Akbarzadeh M, Masoudi Z, Zare N. Comparison of the effects of doula supportive care and acupressure at the BL32 point on the mother's anxiety level and delivery outcome. Irán J Nurs Midwifery Res. PubMed. [Internet]. 2015 [citado el 3 de octubre de 2019]; 20 (2): p. 239 - 246. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25878703>
129. Raimunda Magalhães da S, Filice de Barros II N, Furtado Herla J. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. Scielo. [Internet]. 2012 [citado 30 de noviembre de 2019]; 17 (10). Disponible en:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000026
130. MinSalud. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. [Internet]. 2010 [fecha de último acceso: 12 de mayo de 2020]; 4: p. 8. Disponible desde:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>
131. Caorsi L ¿Cuál es el ambiente idóneo para el parto? Consumer. [Internet]. 2012 [fecha de acceso: el 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.consumer.es/bebe/cual-es-el-ambiente-idoneo-para-un-parto.html>
132. López Jiménez S. Fitoterapia y homeopatía: ¿conoces las diferencias? [Internet]. 2015 [fecha de último acceso: 12 de mayo de 2020]. Disponible desde:

<https://revistadigital.inesem.es/biosanitario/sabias-que-no-es-lo-mismo-homeopatia-y-fitoterapia/>

133. Aragón Núñez MT, Cubillas Rodríguez I, García Rojas I. Uso de plantas naturales en la mujer embarazada. [Internet]. 2016 [fecha de último acceso: 12 de mayo de 2020]. Disponible desde: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plantas-embarazada/>
134. Arguiñe A, Sánchez F y Quintana M. Homeopatía durante la gestación: un análisis crítico. POG. ClinicalKey. [Internet]. 2015 [fecha de último acceso: 13 de agosto de 2019]. Disponible desde: <https://www-clinicalkey-es.recursosenlinea.juanncorpas.edu.co:2443/#!/content/journal/1-s2.0-S0304501315002344>
135. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. RCGO. Scielo. [Internet]. 2012 [citado en el 19 de febrero de 2020]; 38 (1): p. 134 - 145 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin15112.pdf>
136. Rodríguez C, Arbués RE. Estudio de las posiciones de parto en la fase de expulsivo. Educare21. [Internet]. 2011 [fecha de acceso: el 19 de febrero de 2020]; 78. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/620612/>
137. Coy Moreno L.Y, Martínez R, Benítez A. Reflexión acerca de los conceptos disciplinares de los directivos de un programa de fisioterapia. EMS. Scielo. [Internet]. 2016 [citado en el 19 de febrero de 2020]; 30 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000200005
138. Romero Morante M, Jiménez Reguera B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y postparto. ClinicalKey. [Internet]. 2016 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 32 (3): p. 123 - 130. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563809001989>

139. Palacios López A, Díaz Díaz B. Fisioterapia en incontinencia urinaria de embarazo y posparto: una revisión sistemática. CIGO. [Internet]. 2016 [citado en el 19 de febrero de 2020]; 43 (3): p. 112 - 131. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-fisioterapia-incontinencia-urinaria-embarazo-posparto-S0210573X15000556>
140. Juárez Pérez I. Eficacia de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) en el dolor del parto inducido. RE. [Internet]. 2012 [fecha de último acceso: 03 de septiembre de 2019]; 4 (5). Disponible desde: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/947>
141. Larissa FD, Mello LF, Nóbrega Lemos A. Estimulación eléctrica transcutánea para el alivio del dolor durante el trabajo de parto: revisión sistemática y metanálisis. RBF. Redalyc. [Internet]. 2011 [fecha de último acceso 29 de noviembre de 2019]; 15 (3): p. 175 - 184. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235019133002>
142. [Santana LS](#), [Gallo RB](#), [Ferreira CH](#). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. PubMed. [Internet]. 2015 [citado el 16 de octubre de 2019]; 62 (1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26701166>
143. Shahoei R. The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the severity of labor pain among nulliparous women: A clinical trial. PubMed. [Internet]. 2017 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]: p. 176 - 180. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28779926>
144. Yildirim E, Alan S, Gokyildiz S. The effect of ice pressure applied on large intestinal 4 on the labor pain and labor process.

[Internet]. 2018 [citado el 10 de octubre de 2019]; 32: p. 25 - 31.
Disponibile desde:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388117305558>

145. Hajiamini Z, Nir Masoud S, Ebadi A. A. Comparing the effects of ice massage and acupressure on Labor Pain Reduction. PubMed. [Internet]. 2012 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 18 (3): p. 169 - 172. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22789793/>
146. Faranak Safdari D, Hossein R. Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. CTCP. [Internet]. 2015 [citado el 17 de septiembre de 2019]; 21 (4): p. 229 - 232. Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388115300050>
147. Luces Lago AM, Mosquera Pan L, Tizón Bauza E. La pelota de parto. Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso de parto. RRE. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso: 28 de agosto de 2019]; 37 (3): p. 188 - 194. Disponible desde: https://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/03/36_La_pelota.pdf
148. Delgado García BE, Cortés MI, Poveda Bernabeu A. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. EC. [Internet]. 2012 [citado el 20 de agosto de 2019]; 22 (1): p. 35 - 40. Disponible desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-ensayo-clinico-controlado-aleatorizado-determinar-S1130862111001252>
149. Delgado A, Maia T, Melo RS. Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. PubMed. [Internet]. 2019 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]; 35: p. 92 - 101. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31003693>

150. Neiva de Oliveira LM, Costa Cruz AG. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. RBCS. ResearchGate. [Internet]. 2014 [citado el 28 de noviembre de 2019]; 18 (2): p. 175 - 180. Disponible desde: https://www.researchgate.net/publication/275226807_A_Utilizacao_da_Bola_Suica_na_Promocao_do_Partto_Humanizado
151. Priscylla Helouyse Melo A, López Ribeiro KC, Guede Lins L. Recursos não farmacológicos: atuação da fisioterapia no trabalho de parto, uma revisão sistemática. RFB. [Internet]. 2016 [citado el 28 de noviembre de 2019]; 17 (3): p. 285 - 292. Disponible desde: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882482>
152. Medeiros J, Neves Zboralski Hamad GB, Oliveira Costa RR. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. ResearchGate. [Internet]. 2015 [citado el 28 de noviembre de 2019]; 16 (2): p. 37 - 44. Disponible desde: https://www.researchgate.net/publication/316176196_Metodos_ao_fa_rmacologicos_no_alivio_da_dor_no_parto_percepcao_de_puerperas
153. Saertori A, Vieira F, Almeida N. Estratégias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. Scielo. [Internet]. 2011 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 10 (21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100019
154. Objetivos de Desarrollo Sostenible. UNPD. [Internet] [Fecha de último acceso: 24 de junio de 2020]. Disponible desde: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
155. Proyecto de Ley 063 de 2017 – Ley de Parto Humanizado. [Internet]. 2017 [fecha de último acceso: 24 de junio de 2020]. Disponible desde: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-proyectos-de-ley/derechos/proyecto-de-ley-063-de-2017-ley-de-parto>

156. Modelos y Teorías en Enfermería. Madeleine Leininger
 “Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad”.
 [Internet] [Fecha de último acceso: 24 de junio de 2020]. Disponible
 desde: <http://teoriasalud.blogspot.com/p/madeleine-leininger.html>

8. ANEXOS

8.1. Ficha de captura de información

N°	Idioma	Tipo de documento	Tema Central	Propósito u objetivos del estudio	Aspectos relevantes para nuestra investigación)	Metodología (Cuantitativa, cualitativa o mixta) y tipo de estudio	Conclusiones y recomendaciones	Crítica del documento	Referencia bibliográfica en Norma Vancouver
1	Español	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica y farmacológica. La analgesia epidural es el método de elección para el tratamiento del dolor del trabajo de parto, el expulsivo y el alumbramiento. Sin embargo, esta técnica puede fallar y aliviar de forma inadecuada o nula a la gestante. Por esto, es importante implementar otras estrategias que favorezcan el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Podría mejorar la analgesia epidural, con menor incidencia de dolor sacro, por el paso de parte de la dosis epidural al espacio subaracnoidea, a través del orificio de la duramadre.	Revisar los factores de riesgo, las causas y las alternativas terapéuticas a la analgesia inadecuada, ya sea mediante terapias farmacológicas y no farmacológicas.	La analgesia epidural se coloca en la gestante en posición decúbito lateral, realizando una punción en el espacio entre 2 apófisis espinosas de las vértebras lumbares, en el fallo relacionado con el paciente se encuentra obesidad, anomalias de la columna ya sea congénita, epidural previa fallida, colocación incorrecta del catéter. En este artículo se encuentran alternativas farmacológicas como: * Bloqueos neuroaxiales: epidural, espinal (subaracnoidea) y combinada espinal-epidural.	Mixta – Revisión integrativa	El anestesiólogo necesita aplicar sus conocimientos de farmacología y fisiología junto a una exploración continuada de la embarazada para poder diagnosticar la causa del fallo de la analgesia; es fundamental dar a conocer a las gestantes que métodos existen en la actualidad para lograr una eficacia en el manejo del dolor del trabajo de parto y sea una experiencia memorable.	Las técnicas farmacológicas en el artículo son extensas, sería interesante profundizar en las técnicas no farmacológicas las cuales son de gran importancia. La conclusión está incompleta y no hay revelación de lo importante en la conclusión. Sin embargo, es muy significativo el aporte hacia los efectos que puede tener la distinta utilización de métodos tanto farmacológicos como no farmacológicos en la labor de parto.	Ortiz JR, Gómez FJ, Palacio A, Fernet Ruíz I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. Scielo. 2014 [fecha de último acceso: 13 de agosto de 2019]; 37 (3). Disponible desde: https://bit.ly/3bCP5WI

2	Español	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica. La bupivacaina epidural genera una analgesia excelente para el dolor en el trabajo de parto y sigue siendo el anestésico local más utilizado en anestesia obstétrica. La concentración de bupivacaina al 0,25% tiene una alta eficacia analgésica en comparación con bupivacaina al 0,125%.	Evaluar la eficacia analgésica entre dos concentraciones de bupivacaina en mujeres en trabajo de parto.	La bupivacaina es de preferencia por su mejor afinidad por las proteínas plasmáticas en la mujer embarazada. Al comparar los valores de EVA medida en el minuto 0, 15, 30, 60 y 90 se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor con bupivacaina al 0,25% con disminución de la percepción del dolor. El dolor en el parto es condicionado por la contractilidad uterina la cual es modulada por la secreción de catecolaminas endógenas que activan a los receptores beta-2-adrenérgicos ocasionando la sensación del dolor. Además, de ser una sensación desagradable, el dolor ocasiona angustia y estrés, limitación en la cooperación en el trabajo de parto que puede desembocar en disminución del flujo feto placentario, condicionando acidosis fetal.	Mixto - Ensayo clínico controlado aleatorizado triple ciego	La concentración de bupivacaina al 0,25% mejora la eficacia analgésica en comparación con bupivacaina al 0,125% en mujeres con trabajo de parto activo en 6 puntos a partir de los 60 minutos.	No se especifica claramente el por qué la bupivacaina al 0,25% es más efectiva que la Bupivacaina al 0,125%. Es importante resaltar que la bupivacaina como estrategia farmacológica evidencia ser eficaz al momento de la administración, disminuyendo de esta manera los efectos adversos que se puedan presentar y de esta manera generar una mejor percepción acerca del dolor.	Rodríguez Ramón R, Márquez González H, Jiménez Báez MV, Iparrea Ramos IC. Eficacia analgésica entre dos concentraciones de bupivacaina en mujeres en trabajo de parto. Ensayo clínico controlado aleatorizado triple ciego. RCA. ClinicalKey. [Internet]. 2015 [fecha de último acceso: 13 de agosto de 2019]; 43 (3): p. 179-185. Disponible desde: https://bit.ly/3bszjx0
3	Español	Artículo de investigación	Estrategia no farmacológica. Tras la consecución de reducir la morbilidad materna e infantil, actualmente el foco de atención se centra en la humanización de los cuidados. Se define el uso de hidroterapia durante el parto como la inmersión en una bañera de partos con agua caliente (36,5- 37 C) hasta el nivel pectoral durante el trabajo de parto para aliviar el dolor.	Evaluar la efectividad del uso de la hidroterapia en la percepción del dolor y solicitud de analgesia en las mujeres que la usen durante el parto e identificar posibles efectos adversos en aquellos neonatos nacidos dentro del agua.	Se define el uso de hidroterapia durante el parto como la inmersión en una bañera de partos con agua caliente (36,5-37 C) hasta el nivel pectoral durante el trabajo de parto. Este método se recomienda a partir de 5 cm de dilatación cervical, puesto que se ha objetivado que un inicio precoz podría entorpecer el parto. Se sumergen durante un máx. de 2h; donde la percepción del dolor durante el expulsivo es reducida sin uso de la analgesia. La aceptación oficial del uso de la hidroterapia se produjo en Reino Unido en 1993. Las complicaciones neonatales que pueden aparecer tras la realización de un parto en el agua, como la aspiración de agua, son muy infrecuentes y parecen reducirse si el uso de la hidroterapia se realiza bajo medidas de seguridad, restringiendo su uso a gestantes de bajo-medio riesgo.	Cuantitativo - Estudio multicéntrico de cohortes prospectivo llevado a cabo entre septiembre de 2014 y abril de 2016	El uso de hidroterapia es un método alternativo de alivio del dolor que podría resultar efectivo para aquellas mujeres que desean tener un parto natural, puesto que disminuye la percepción del dolor.	Considero que debe existir un énfasis de cómo y por qué es tan efectiva la hidroterapia para el manejo del dolor en el trabajo de parto. El uso de la hidroterapia por los estudios realizados es uno de los más eficaces a la hora de disminuir el dolor ya que mediante su utilización los resultados son favorables y no se encuentra ningún efecto adverso en el neonato, por lo que considero que sería interesante poder utilizarlo a nivel clínico.	Malle Pérez J, Roe Justiniano MT, Colóme Ochoa N. Uso de hidroterapia durante el parto: evaluación del dolor, uso de analgesia y seguridad neonatal. E.C. ClinicalKey. [Internet]. 2018 [fecha de último acceso: 13 de agosto de 2019]; 28 (5): p. 309-315. Disponible desde: https://bit.ly/2WQ0xtx

4	Español	Artículo de revisión	Estrategia farmacológica. La homeopatía ha sido utilizada desde hace unos 200 años, se basa en la ley de similitud, es decir, que una sustancia capaz de producir síntomas en una persona sana es capaz de curar síntomas semejantes en un enfermo. Algunas gestantes toman sustancias homeopáticas dentro de un plan de preparación para el parto que se inicia a partir del tercer trimestre y conseguir dilatación.	Realizar una revisión sobre la eficacia y seguridad de los tratamientos homeopáticos durante la gestación.	El proceso de preparación de las sustancias homeopáticas conlleva diluciones repetidas y dinamización (agitación vigorosa) y esto es lo que proporciona resultados con mayor rapidez y efectividad, con menor probabilidad de generar efectos secundarios. Los tratamientos homeopáticos se utilizan fundamentalmente para la inducción del parto, entre ellos encontramos: Caulophyllum (planta que estimula el útero y alivia el dolor), Acantea racemosa (dolores de parto fuerte con espasmo del cuello uterino que impide la dilatación), Árnica Montana (alivio del dolor de las contracciones), pero es abortivo por altos fitoestrógenos.	Cualitativo - Fenomenológico	No existe evidencia científica de calidad para apoyar el uso de tratamientos homeopáticos durante la gestación y el trabajo de parto. Los TMCA se utilizan ampliamente por la población general y también por parte de las mujeres durante el proceso de gestación, parto y puerperio a pesar de que existen pocos estudios que evalúen la efectividad para estimular el inicio del trabajo de parto y que la mayoría de ellos presentan limitaciones metodológicas que no permiten sacar resultados concluyentes.	En este artículo se debería implementar cómo es el manejo o cómo se preparan estas plantas y además demostrar cuáles son sus complicaciones. Además, mencionar la diferencia entre farmacología vegetal y homeopatía puesto que son distintos conceptos.	Argüñe A, Sánchez F y Quintana M. Homeopatía durante la gestación: un análisis crítico. POG. ClinicalKey. [Internet]. 2015 [fecha de último acceso: 13 de agosto de 2019]. Disponible desde: https://bit.ly/33QzMQm
5	Español	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica. Actualmente el remifentanilo es el medicamento de elección en las pacientes candidatas para analgesia intravenosa durante el trabajo de parto; sin embargo, en algunas parturientas no se consigue un adecuado control del dolor con el uso de este opioide. El presente resume dos casos donde la Dexmedetomidina se utiliza como coadyuvante en la analgesia intravenosa con buenos resultados.	Identificar la eficacia de la Dexmedetomidina como coadyuvante analgésico para el trabajo de parto en 2 reportes de casos.	La Dexmedetomidina produce sedación, analgesia y simpaticolisis por sus efectos sobre los receptores a 2 - agonistas en el locus coeruleus y la médula espinal. En combinación con opioides produce un efecto sinérgico que se traduce en reducción de los requerimientos y los efectos adversos como náusea y vómito, sin incrementar la incidencia de la depresión respiratoria.	Mixto - Estudio observacional descriptivo	En ambas pacientes mejoró la calidad de la analgesia tras la administración de Dexmedetomidina en infusión continua, ya que se obtiene simpaticolisis y una sedación superficial que les permitía interactuar adecuadamente con el medio, sin presentar efectos secundarios evidentes en su hemodinámica ni en el estado fetal; además, refirieron satisfacción con la técnica.	Se debe resaltar que el reporte lo realizan con dos gestantes de bastante interés, por un lado, una primigestante con antecedente de hemiparesia derecha por ACV y por otro lado secundigestante donde se evidencia resultados positivos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que se debe profundizar en la farmacocinética y en la farmacodinamia de este fármaco. Teniendo en cuenta la mejoría de las pacientes.	Villa JMM. Dexmedetomidina como coadyuvante analgésico para el trabajo de parto. Reporte de dos casos. Colombian Journal of Anesthesiology / Revista Colombiana de Anestesiología. Ebsco. [Internet]. 2012 feb [cited 2019 Aug 28]; 40 (1): p.79-81. Available from: https://bit.ly/3amELkZ

6	Español	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica. Las mujeres que utilizaban la hidroterapia tienen un nivel de ansiedad bajo ya que más del 60% de las participantes presentaban este nivel. Estas mujeres se encontraban satisfechas considerándola útil para el proceso de parto y lo recomendarían a terceras personas.	Conocer los motivos de la mujer para el uso de la hidroterapia en el parto, su satisfacción y la utilidad que conceden a dicha terapia.	Participaron 71 mujeres. El 73.2% (52) de las mujeres estaban muy satisfechas. El 98.6% (70) la recomendarían. Uno de los motivos del uso es por lo que leen en internet u otros medios, lo ha recomendado otra persona o una matrona, existe un nivel bajo de ansiedad. El embarazo y el parto son unos de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer, tanto por las circunstancias emocionales asociadas como por las consecuencias que para ella y el recién nacido se podrían derivar, basándose en la evidencia científica disponible desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se fomenta un modelo de atención al parto menos intervencionista.	Mixto. Estudio observacion al analítico prospectivo	El principal motivo de uso de la hidroterapia en el parto es el consejo del personal sanitario. Las mujeres del estudio empezaron a utilizar la hidroterapia cuando ya se encontraban en fase activa de parto, tal y como demuestra que ya tenían una media de 4 cm de dilatación cervical cuando iniciaron dicha terapia y permaneció una media de 60 min inmersas en el agua.	En este artículo se evidencia con claridad cuáles son los motivos por el que la mujer gestante utiliza el método de la hidroterapia, pero la conclusión es tan breve que no es óptima para dar como el cierre del artículo, tal vez sería interesante profundizar que tan viable es la utilidad de la hidroterapia.	Martínez Galiano JM. Utilidad y satisfacción de las usuarias con la inmersión en agua durante el proceso de parto. RCOG. SciELO. [Internet]. 2015 [fecha de último acceso: 28 de agosto de 2019]; 41 (29). Disponible desde: https://bit.ly/2fZd7Qf
7	Español	Artículo revisión	Estrategia farmacológica. En los últimos avances se evidencia que el movimiento libre de la pelvis en el parto disminuye el dolor y facilita el nacimiento del recién nacido. La pelota de parto (PDP) se encuentra íntimamente ligado a la libertad de movimientos, el balance pélvico y la posición vertical materna ha demostrado una disminución de ansiedad y del dolor durante el proceso de parto.	Dar a conocer a los enfermeros, enfermeras y matronas el modo de uso y los beneficios asociados a la PDP durante el período de dilatación, para que puedan ofrecerla como una técnica no farmacológica eficaz de alivio del dolor.	La PDP es recomendada para favorecer la dilatación en el trabajo de parto activo (4-7 cms); amplía los diámetros pélvicos; alivia el dolor en mujeres que deseen un parto sin analgesia farmacológica; fomenta la libertad de movimientos pélvicos y de la columna y favorecer la verticalidad. El proceso de parto se experimenta como una vivencia dolorosa por muchas mujeres, dicen que, para la mayoría de las mujeres, el dolor de parto es la peor experiencia de sus vidas. Este fenómeno doloroso es multifactorial, tiene su origen en las contracciones uterinas, pero va a estar influenciado en gran medida por otros determinantes, como son las diferencias personales y socioculturales, los aspectos emocionales o las herramientas personales de afrontamiento del dolor.	Cualitativo – Fenomenológico	La PDP es un método no farmacológico que ha demostrado una clara eficacia en el alivio del dolor en el proceso del parto. Al llevar asociadas la posición vertical y la movilidad pélvica, va a favorecer la consecución de un parto eutócico. Se trata de capacitar a la mujer para que afronte el proceso del parto de la manera más óptima posible, abandonando roles de atención paternalistas todavía muy presentes hoy en día.	Mediante las imágenes demuestran como es el procedimiento que se realiza con la pelota de parto, por lo tanto, favorece a las personas que visitan este artículo, pero por el otro lado considero que se deberían implementar estadísticas para valorar que tan efectivo y que tan satisfecha queda la gestante.	Luces Lago AM, Mosquera Pan L, Tizón Bauza E. La pelota de parto. Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso de parto. RRE. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso: 28 de agosto de 2019]; 37 (3): p. 188-194. Disponible desde: https://bit.ly/30FGIE9

8	Español	Artículo de investigación	Estrategia no farmacológica. Esta investigación representa un acercamiento al desempeño en la atención que brindan las doulas a la mujer embarazada y sus familias en Costa Rica en la cual se evidencia sus conocimientos respecto de sus intervenciones con las mujeres embarazadas y las familias.	Analizar el desempeño de las doulas que laboran en Costa Rica en la atención de la mujer y su familia durante el período gestacional, parto y post parto.	El rol de la doula es proveer a la mujer embarazada una preparación adecuada para el parto, técnicas y estrategias que la quíen y le brinden apoyo, así como construir una relación de trabajo en equipo con el personal de enfermería, de modo que se promueva la comunicación entre la paciente y los profesionales de la salud. Entre algunas de las técnicas que utilizan se encuentra la imagenología, masaje, acupresión y patrones de respiración para reducir el dolor durante el parto. Las doulas involucran interpretación de conceptos médicos, aclaración de dudas, preparación para el parto, acompañamiento, elaboración del plan de parto, pero sin lugar a duda los temas predominantes en estas intervenciones son la práctica de técnicas de relajación y diferentes técnicas de respiración.	Cualitativo – Fenomenológico	El apoyo continuo a la mujer y su familia durante todo su embarazo, parto y postparto por una persona calificada mejora la experiencia de su parto y disminuye los riesgos de un evento adverso para ella o su bebé, razón por la que se debe sensibilizar a la población de enfermeros (as) obstetras respecto de mejorar la calidad en la atención que se brinda a las mujeres embarazadas, al tiempo que se promueve el acompañamiento continuo de la mujer por parte de personal capacitado.	Sería importante mencionar como realizan las prácticas en el trabajo de parto la enfermera, para aplicar en su ámbito laboral, ya que solo se basan en un análisis cualitativo. Por otro lado, falta más profundización acerca de la eficacia de los procedimientos de las doulas.	Rodríguez Fernández B, Durán Castillo K. Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el período gestacional, parto y post parto en Costa Rica. REEACR. [Internet]. 2016 [fecha de último acceso: 28 de agosto de 2019]. Disponible desde: https://bit.ly/2L08u99
---	---------	---------------------------	---	---	--	------------------------------	--	--	---

9	Español	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica. El tratamiento diseñado para aprender técnicas de sugestión e hipnosis para manejar el dolor y la ansiedad durante el parto desde el modelo cognitivo-conductual se desarrolla a lo largo de 5 sesiones, tras la intervención la paciente mostró mejoras significativas donde disfrutó un parto vaginal espontáneo sin uso de medicación analgésica.	Presentar la aplicación de un programa de entrenamiento prenatal en técnicas de sugestión e hipnosis en el caso de una embarazada de bajo riesgo.	<p>"La hipnosis es una técnica psicológica que en su aplicación clínica sigue cuatro fases diferenciadas y consecutivas ordenadas cronológicamente:</p> <p>La fase pre inductiva busca preparar a la participante para ser hipnotizada por primera vez, se aclaran dudas, miedos y concepciones erróneas que pueda mostrar la participante.</p> <p>En la segunda fase se utilizó en su inicio la técnica de "fijación ocular" a cual consiste en que la paciente mire a un punto fijo mientras el terapeuta le transmite sugestiones de pesadez y cansancio de los ojos y de relajación. Acto seguido, se aplicó la técnica de "descenso de la montaña"</p> <p>La fase de administración de sugestiones específicas busca provocar aquellos cambios deseados en la capacidad para manejar el dolor, la tensión muscular, la ansiedad, etc.</p> <p>Por último, en la fase pos hipnótica se utilizaron instrucciones y sugestiones para devolver a la paciente a una situación lo más similar posible a la que se encontraba antes de ser inducida en hipnosis intentando mantener y generalizar las respuestas aprendidas en las fases previas.</p>	Mixta. Investigación experimental	"Al parecer el empleo de las técnicas de hipnosis como ayuda al manejo y control del dolor y la ansiedad en el parto resultan de gran utilidad al enseñar a las pacientes estrategias de gestión de situaciones de dolor agudo que tradicionalmente implican un afrontamiento pasivo y una gran carga de incertidumbre". La paciente refirió que la intervención en hipnosis podría haberle ayudado en otros aspectos perinatales, como el control y alivio de náuseas que presentó en algunos momentos del embarazo.	Es importante resaltar del artículo que la hipnosis es un procedimiento que incluye procesos cognitivos como la imaginación, donde experimenta una serie de cambios en sensaciones, percepciones etc. Desde otro lado, es importante que en el artículo debería haber un enfoque en como realizaron la hipnosis en como interviene fisiológicamente.	Lorenzo Ruiz L, González Ordí H, Calero Elvira A y Muñoz RM. El empleo de la hipnosis en el manejo del dolor del parto: Un caso clínico. RCCSM. Dialnet. [Internet]. 2016 [citado el: 03 de septiembre de 2019]; 1: p. 33-57. Disponible desde: https://bit.ly/2ke3xz3
10	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica. Este estudio fue realizado en un hospital de Irán de septiembre a diciembre de 2006. Se seleccionaron 110 parturientas en la fase activa de la primera etapa del parto. El efecto de la intervención se confirmó cuando la mujer sintió calor, peso, hinchazón y entumecimiento. La presión aplicada fue de unos 3 a 5 Kg, en el grupo de control no se aplicó ninguna presión. Después de 120 minutos de la intervención, la intensidad del dolor fue significativa.	Evaluar los efectos de la acupresión L14 en el dolor de parto en la primera etapa del trabajo de parto, en la duración del trabajo de parto y la satisfacción del paciente.	Tocar el punto L14 hacer acupresión en este punto de acupuntura es un método eficaz para el dolor y acortar la duración de la primera y segunda etapa del parto, este efecto dura aproximadamente 120 minutos después de la interrupción de la intervención. La hipótesis de la medicina tradicional china facilitó el proceso de parto mediante el aumento de la fuerza y duración de las contracciones. La acupresión L14 fue efectiva para disminuir el dolor y la duración del parto. Los participantes quedaron satisfechos y no se observaron efectos adversos.	Cuantitativo - Ensayo clínico único, ciego y aleatorizado	En cuanto al efecto de la acupresión sobre los índices fisiológicos de las madres (pulso y frecuencia respiratoria) antes de la intervención las tasas de pulso del grupo de acupresión eran más altas que las de grupo de control. No se observaron diferencias significativas 20 minutos después de la intervención. Las mujeres del grupo de acupresión estaban más satisfechas.	Es un artículo que demuestra pocos resultados relevantes, no se evidencia una clara explicación de cómo funciona fisiológicamente la acupresión en la L14, aunque hay que tener en cuenta que los autores emplean tablas para la interpretación de los datos.	Hamidzadeh A, Shahpourian F, Ahmad Khosravi. Effects of L14 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor. JMWH. PubMed. [Internet]. 2012 [fecha de último acceso: 15 de septiembre de 2019]. Disponible desde: https://bit.ly/2mf9cFt

11	Español	Artículo de revisión	<p>Estrategia no farmacológica. La TENS es una alternativa para la mujer como método no farmacológico, económico, seguro, no invasivo y con pocos efectos secundarios utilizada para paliar el dolor del parto desde los años 70. Su uso es polémico pues siendo bien recibido por mujeres y matronas su eficacia no está claramente demostrada. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia la considera de ineficacia demostrada durante el parto activo, mientras que su uso durante la fase latente del mismo es ampliamente defendido por la bibliografía.</p>	<p>Ofrecer a la mujer alternativas útiles para controlar el dolor en partos inducidos con prostaglandinas (PG) intravaginales. Ya que frecuentemente demanda un apoyo temprano aumentando el tiempo de analgesia epidural (AE) y la cantidad de fármacos analgésicos administrados al no disponer de alternativas efectivas a esta.</p>	<p>Especialistas que desarrollaron el modelo de partograma de la OMS, determinaron que la fase latente no debía durar más de 8 horas; desde entonces ésta ha sido definida de muy variadas formas, siendo la tendencia actual reducir el tiempo en que debe considerarse prolongada, al ejercer una influencia desfavorable en los resultados materno perinatales.</p> <p>La TENS es ampliamente defendida como método efectivo no farmacológico, ni invasivo adyuvante para el alivio del dolor de parto, que reduce la duración de la fase latente del parto y la medicación analgésica administrada sin efectos adversos para la madre o el recién nacido. Alegan que reduce el agotamiento materno y la necesidad de una intervención más invasiva. Pero, a su vez, si no es efectiva puede aumentar el agotamiento materno al retrasar intervenciones más efectivas la unidad TENS consta de un dispositivo portátil manual controlado por la propia mujer que mediante electrodos hace pasar una corriente eléctrica a través de la superficie de la piel, pudiendo ser aplicada en varias frecuencias, intensidades y duración del impulso.</p> <p>La estimulación mediante TENS se clasifica genéricamente en alta frecuencia (>50Hz) o baja frecuencia (<10Hz)(27). Se propugnan distintos mecanismos mediante los que la TENS consigue aliviar el dolor, su efecto analgésico es limitado, permite el control de la propia mujer, mantener la deambulación, no afecta al estado de conciencia y supone una opción para las que no desean medicación...</p>	<p>Mixta – Ensayo aleatorizado</p>	<p>Se considera su beneficio psicológico para la mujer, al contar con un dispositivo de manejo del dolor controlado por ella mismas con un grado de satisfacción del 96%. Se debe precisar que existen restricciones en el uso del dispositivo TENS: Edad gestacional <37sem. No debiendo aplicarse sobre el abdomen materno en ningún momento del embarazo o parto para evitar la estimulación cercana al corazón fetal. Portadoras de marcapasos. Partos en el agua o bajo la ducha.</p>	<p>En este artículo se observa una excelente investigación bibliográfica, pero sigue siendo corta y debe extenderse un poco más ya que es interesante, genera grandes conocimientos que nos pueden aportar a los profesionales del área de la salud como lo son sus contraindicaciones.</p>	<p>Juárez Pérez I. Eficacia de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) en el dolor del parto inducido. RE. {Internet}. 2012 [fecha de último acceso: 03 de septiembre de 2019]; 4 (5). Disponible desde: https://bit.ly/3b9l53V</p>
----	---------	----------------------	---	---	--	------------------------------------	---	---	---

12	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia no farmacológica. Este estudio se realizó en la India, muestra 71 mujeres aleatorizadas para recibir acupresión en el punto de acupuntura del bazo 6 (SP6) en ambas piernas durante las contracciones en un periodo de 30 minutos (grupo de acupresión) 71 mujeres para recibir un toque ligero p SP6 en ambas piernas durante el mismo periodo (grupo táctil) y 70 mujeres para atención estándar (grupo estándar).	Evaluar el efecto de la acupresión administrada durante la fase activa del trabajo de parto sobre las calificaciones nuli-paras del dolor.	Encontramos que la acupresión en la acupuntura SP6 durante las contracciones redujo la experiencia de la intensidad del dolor en mujeres nuli-paras durante la fase activa del trabajo de parto los resultados (APG 49%, TG 48%, SCG 57%). El efecto de la acupresión no está claro a nivel mecánico. Una explicación se basa en la teoría del control de puertas. Según esta teoría la acupresión activa mecano receptores que las fibras sensoriales internas, A-beta y/o A-delta dependiendo de la intensidad de la presión, que conduce a la inhibición de la transmisión del dolor en el nivel espinal. Teniendo en cuenta a la vez que es posible que la acupresión active los centros inhibidores del dolor central, lo que conduce a la activación de las vías inhibitorias del dolor descendente. La experiencia del dolor en el trabajo de parto se evaluó mediante una escala analógica visual al inicio del tratamiento, inmediatamente después del tratamiento y a los 30, 60 y 120 minutos después del tratamiento.	Mixto - Ensayo controlado aleatorizado	La acupresión parece reducir el dolor durante la fase activa del trabajo de parto en mujeres nuli-paras que dan a luz en un contexto donde el apoyo social y la analgesia epidural no están disponibles. Sin embargo, el efecto del tratamiento es pequeño, lo que sugiere que la acupresión puede ser más efectiva durante la fase inicial del parto. En contextos donde existen métodos más eficaces de alivio del dolor, como la analgesia epidural, la acupresión puede ser una alternativa predominante en el trabajo de parto temprano. Como recomendación es importante educar a las madres a las que se les administró el medicamento para que de esta manera conozcan los posibles efectos adversos que se pueden presentar.	En este artículo mencionan que el alivio farmacológico es un criterio de exclusión, algunas mujeres de cada grupo recibieron tramadol o morfina, antes de la aleatorización, generando una desviación y poca probabilidad de que el método de acupresión funcione sin estrategia farmacológica y por tanto, esto altera los resultados u objetivos del estudio.	Hjelmstedt A, Shenoy TS, Victorin Stener E. Acupresure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. AOG. PubMed. [Internet]. 2010 [citado el 15 de septiembre de 2019]; 89: p. 1459-1459. Disponible desde: https://bit.ly/2mh7wLF
13	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica y no farmacológica. Las parteras tradicionales en Pakistán a veces usan un remedio homeopático, Chamomilla para aliviar el dolor de parto homeopático con un analgésico parenteral.	Contribuir de manera justa a la cuestión de su seguridad y eficacia objetivo siendo la elección de lo mejor para una mujer que soporta la experiencia más dolorosa de su vida.	El mecanismo de acción de la Pentazocina está completamente antagonizando el receptor opioide tipo Kappa, tendría un efecto negativo sobre las contracciones uterinas, aumentando así la duración del trabajo de parto. Este efecto también se registró en nuestro estudio, donde la duración media del trabajo de parto fue en promedio una hora más larga en el grupo Pentazocine. El modo de parto fue el parto vaginal espontáneo normal en el 80% de las mujeres del grupo de Pentazocine. Los resultados del estudio actual mostraron efectos positivos mínimos de Pentazocina en el control del dolor de parto. Las mujeres de este grupo experimentaron un insignificante alivio del dolor leve en comparación con otros grupos. Estos hallazgos son contrarios a los	Cuantitativo - Ensayo controlado aleatorizado, doble ciego	Ni Pentazocina, ni Chamomilla recutita ofrecen analgesia sustancial durante el trabajo de parto.	Este artículo genera bastante interés ya que muestra la importancia de la manzanilla y la utilización de otro medicamento en el ámbito hospitalario. Donde este estudio se realizó con Pentazocina, chamomilla recutita y placebo y demostró que en otros hallazgos anteriores son contrarios a la realidad que no son exitosos.	Zafar S, Najam Y, Arif Z, Hafeez A. A randomized controlled trial comparing Pentazocine and Chamomilla recutita for labor pain relief. H. PubMed. [Internet]. 2016 [citado el 15 de septiembre de 2019]; 105: p. 66-70. Disponible desde: https://bit.ly/2mjQlUK

					hallazgos previos en los que se ha demostrado que la Pentazocina tiene éxito durante el trabajo de parto. Chamomilla recutita, la más antigua y muy utilizada la hierba para una serie de dolencias se obtiene de seca flores de la especie Matricaria. Se usa muy comúnmente para las náuseas matutinas durante el embarazo y como útero tónico en mujeres. La evidencia generada a través de este estudio muestra que el efecto de manzanilla fue igual a la de placebo, no significativo.				
14	Inglés	Artículo de investigación, experimental	Estrategia no farmacológica. Este estudio se realizó para identificar el efecto de la acupresión sobre los puntos sanyinjiao y Hugo en el dolor de parto en mujeres nulíparas. La acupresión es una de las ramas de la acupuntura en la que la presión de los pulgares sobre puntos específicos se utiliza para equilibrar el flujo de la energía del cuerpo.	Reducir el sufrimiento y el dolor de las madres y proteger su salud.	Uno de estos puntos es sanyinjiao (SP6) o la unión de tres canales de bazo, hígado y riñón; cuatro dedos (3 CUN) se colocan por encima del tobillo interno de los pies detrás del borde posterior de la tibial otro punto es Hugo (L4), que es la parte importante del meridiano del intestino grueso. Este punto se coloca en la parte posterior de la mano, entre el primer y segundo hueso metacarpiano, al lado de la base del segundo metacarpiano El uso de presión en estos puntos (SP6 y L4) conduce a la liberación simultánea de la energía de las extremidades inferiores y superiores y resultados en el alivio del dolor. El dolor es un componente común e indispensable del parto. El dolor de parto se produce por la estimulación de los receptores nerviosos seguidos de contracciones del músculo uterino y se siente en las áreas lumbosacra, de cadera y de intestino.	Mixto Ensayo clínico controlado aleatorizado	La acupresión en sanyinjiao y Hugo puntos disminuye el dolor de parto. Por lo tanto, este método se puede utilizar con eficacia, Hjelmsstedt reveló que la estimulación del punto sanyinjiao tuvo un efecto a corto plazo en la reducción del dolor de parto y sugirió que la acupresión se puede utilizar durante la fase activa del parto. Aplicar presión sobre los puntos sanyinjiao y Hugo en diferentes dilataciones reduce el dolor de parto. Por lo tanto, los resultados del presente estudio con respecto a la facilidad de implementación, la seguridad y la aceptación de los pacientes se pueden utilizar en las prácticas clínicas.	En este artículo me parece interesante debido a que hay imágenes de los puntos a realizar la presión, dejando así más claro la acupresión, pero sería mucho más interesante el explicar a nivel fisiológico como aporta esta presión.	Sehhaie Shafae F, Kazemzadeh R, Amani F. The Effect of Acupressure on Sanyinjiao and Hugo Points on Labor Pain in Nulliparous Women: A Randomized Clinical Trial. JCS. PubMed. [Internet]. 2013 [citado el 15 de septiembre de 2019]; 2 (2): p. 123-129. Disponible desde: https://bit.ly/2ktiNYY

15	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia no farmacológica. Se realizó con 150 mujeres embarazadas fueron divididas aleatoriamente en grupos de apoyo, acupresión y control. En el grupo de acupresión se presionó la acupuntura BL32 durante las contracciones. En el grupo de atención de apoyo la doula ofrece empatía, compasión, alentar a la madre a continuar la cooperación en el proceso laboral, tranquilizar, tomar las manos de la madre, mantener el contacto visual, crear un sentido de confianza y confianza, hablar continuamente, y la reducción del miedo durante el trabajo de parto.	Comparar los efectos de la atención de apoyo y la acupresión sobre la intensidad del dolor de las mujeres embarazadas y el resultado del parto.	La acupresión es un método no invasivo, similar a la acupuntura es eficaz para sedar el dolor y reducir su intensidad, aumenta los niveles de endorfinas en sangre y por lo tanto, reduce el dolor. Se utilizan varios puntos uno de estos es el punto BL32 que se encuentra en el segundo orificio del hueso sacro; este punto se encuentra aproximadamente a una longitud del dedo índice arriba la parte superior del pliegue del glúteo, un ancho de pulgar a cada lado de la columna vertebral. Por estimulación de estos puntos por aguja, presión o nervio eléctrico transcutánea estimulación (TENS), los receptores sensoriales se activan y envía los estímulos a la médula espinal. De esta manera, la médula espinal, el mesencéfalo y el eje hipotalámico-pituitario son activados y presentan sus efectos analgésicos mediante la liberación de endorfinas.	Estudio experimental, mixto - Ensayo clínico aleatorizado	Existen posiciones en varias etapas del parto como: sentarse a horcajadas en una silla, inclinarse, adaptar estiramiento, durante 20 minutos a 3-8 cm de dilatación. Luego, posiciones relajantes, como semisentado y de lado por 10 minutos. Desde 8-10 cm dilatación, las madres siguieron posiciones de descenso de la cabeza fetal, como colgar, ponerse en cuclillas y manos y rodillas. En este estudio, las posiciones efectivas en el feto el descenso de la cabeza se recomendó a la madre para reducir presión sobre la vena cava inferior y mejorar la oxigenación. Al feto.	Debo resaltar que este artículo menciona tres aspectos importantes para el manejo del dolor como lo son: la acupresión, las posiciones y el acompañamiento de las doulas donde contiene imágenes interesantes; pero, todos los artículos deben tener una estructura completa y por lo tanto, no tiene palabras clave.	Akbarzadeh M, Masoudi Z, Javad Hadianfard M. Comparison of the Effects of Maternal Supportive Care and Acupressure (BL32 Acupoint) on Pregnant Women's Pain Intensity and Delivery Outcome. JOP. PubMed. [Internet]. 2014 [citado el 10 de octubre de 2019]. Disponible desde: https://cutt.ly/xei4SzvW
16	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia no farmacológica. La aromaterapia utiliza aceites esenciales extraídos de aromáticos, fuentes botánicas para tratar y equilibrar la mente, el cuerpo y el espíritu. La esencia de lavanda se hizo con Lavándula angustifolia y fue producido por Barij Essence Pharmaceutical. Se debe diluir con agua destilada debido a que es altamente concentrada y puede causar irritabilidad, el gotero se usó para dejar caer la esencia en la palma del paciente, luego se les pidió que se frotaran las manos e inhalaran la inhalación el aroma durante 3 minutos.	Investigar el efecto de la inhalación de esencia de lavanda en la gravedad de dolor de parto y duración del parto.	Uno de los medios de acción es el aroma de estos aceites enviados como señal al bulbo olfatorio que tiene estrechos vínculos anatómicos con el sistema límbico. El sistema límbico es el centro emocional del cerebro, donde se generan todas las principales expresiones emocionales. El sistema límbico influye en el sistema endocrino y el sistema nervioso autónomo.	Cuantitativo - Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego	La aromaterapia se considera una medicina alternativa con un impacto positivo y se prueba en varias investigaciones. Los resultados de este estudio confirmaron la aromaterapia con esencia de lavanda como simple, barato, no invasivo y eficaz como intervención activa para reducir el dolor de parto. Mediante el uso de aromaterapia, el proceso de dar a luz se convierte en una experiencia agradable.	Se destaca como fisiológicamente interviene la inhalación del aroma en la mujer que va a dar a luz, pero considero que brinda poca información de interés. Un estudio que explora el impacto de la aromaterapia con esencia de lavanda en la severidad del dolor de parto y la duración del parto, afirmó la eficacia analgésica terapéutica de la aromaterapia de esencia de lavanda para las mujeres en trabajo de parto.	Yazdkhasti M, Pirak A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. CTCP. PubMed. [Internet]. 2016 [citado el 10 de octubre de 2019]; 25: p. 81 - 86. Disponible desde: https://bit.ly/2oluyTi

17	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica. El yoga ha sido un método no farmacológico que demuestra la fuerza y la flexibilidad materna, al mismo tiempo mejorando la capacidad de las madres para estar más en sintonía con su cuerpo y las respuestas del trabajo. Fisiológicamente, hay un aumento en la producción materna de catecolaminas durante el parto que resulta en una disminución en la fuerza, duración y coordinación del útero.	Investigar los efectos de un programa de yoga prenatal en el dolor de parto materno percibido.	El yoga brinda la oportunidad de mejorar la postura materna y fortalecer los grupos musculares críticos en el proceso de trabajo, como la espalda, piso abdominal y pélvico. Se demostró que el yoga durante el embarazo entre mujeres en India tiene un impacto considerable en la disminución del trabajo de parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) e hipertensión inducida por el embarazo. Este estudio sugiere que realizar yoga tres veces por semana durante 1 h a partir de la semana 27 a 36 de embarazo, puede tener un efecto considerable en la reducción del dolor, la duración del segundo y terceras etapas del parto y también las cesáreas.	Mixto - Ensayo controlado aleatorio.	Se sugiere que 1 hora de yoga supervisado, tres veces semanalmente durante 12 semanas es un medio adecuado para disminuir el dolor de parto e inducción, además de acortar la duración del segundo y tercera etapa del parto. El ejercicio de yoga prenatal puede llevar a disminuir el porcentaje de cesárea.	Se recomienda más investigaciones sobre el yoga en la mujer gestante, para saber qué beneficios trae durante el dolor en el trabajo de parto. El yoga durante el embarazo puede contribuir a reducir el dolor del parto y mejorar la adecuación del parto.	Jahdi F, Sheikhan F, Haghani H. Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and delivery outcomes (A randomized controlled trial). CTCP. PubMed. [Internet]. 2017 [citado el 10 de octubre de 2019]; 27: p. 1-4. Disponible desde: https://bit.ly/325VwN4
18	Inglés	Artículo de revisión	Estrategia farmacológica. El bloqueo de la transmisión del dolor a través de la médula espinal proporciona una analgesia efectiva, pero permite a las madres participar plenamente en el parto sin ser sedados. La técnica del programa de bolo epidural intermitente (PIEB) utiliza una bomba de infusión programada para administrar bolos intermitentes de solución epidural para mantener la analgesia, en lugar de una continua infusión.	Describir la historia del parto, la analgesia epidural y mejoras recientes en la analgesia epidural del parto.	El inicio de la analgesia del trabajo de parto neuroaxial utilizando la técnica combinada de la epidural espinal (CSE) bloquea de manera confiable tanto las raíces nerviosas bajas torácicas como sacras. El opioide y el anestésico local funcionan sinérgicamente, permitiendo el uso de concentraciones de anestésico local (bupivacaina 0.0625% e 0.125% o concentraciones equipolentes de ropivacaína), lo que reduce la incidencia de efectos adversos anestésicos locales como el bloqueo motor e hipotensión materna sin comprometer la efectividad analgésica. La bupivacaina es un anestésico local de uso común para el mantenimiento de la analgesia epidural, frecuentemente en combinación con fentanilo o su fentanilo. Levo bupivacaina.	Cualitativo - Fenomenológico	La analgesia epidural controlada y las técnicas de bolo automatizadas han mejorado enormemente nuestra capacidad de manejar eficazmente el dolor de parto. a analgesia epidural controlada por el paciente permite una mayor flexibilidad del paciente en el alivio del dolor y mantenimiento de dosis bajas de analgesia epidural con anestésicos locales y opioides lipofílicos. El uso de bolos epidurales programados puede reducir el consumo de anestésico local y reducir el riesgo de bloqueo motor asociado con analgesia epidural en comparación con infusiones epidurales continuas.	Es un artículo de revisión interesante debido a que muestra el avance de la analgesia epidural, además, las conclusiones son claras.	Leong B, Tiong A. Maintenance of epidural labour analgesia: The old, the new and the future. BPRCA. PubMed. [Internet]. 2017 [citado el 10 de octubre de 2019]; 31: p. 15 - 22. Disponible desde: https://bit.ly/322JUug
19	Inglés	Artículo de revisión	Estrategia farmacológica. Este artículo realiza una revisión de los opioides y no terapias con opioides que incluyen: mecanismo de acción, farmacocinética y eventos adversos. Las terapias utilizadas en diferentes partes del mundo anterior a la década de 1900 incluían mandrágora, vino, morfina, éter sulfúrico y cloroformo. Applebaum y Herrlich (2013) informaron el uso de epidural o analgesia espinal en el 67% de los pacientes, uso de opioides en el 16%, uso de óxido nítrico en 6%, medicamentos para el	Revisar el tratamiento actual, recomendaciones para la analgesia en el trabajo de parto y los riesgos y beneficios de las terapias propuestas.	Analgesia neuroaxial: Incluye sedación mínima, pero como desventaja causa una posible hipotensión materna, mayor riesgo de parto instrumental debido a un parto prolongado y contraindicado en pacientes con coagulantes. Los opioides pueden administrarse por vía oral, rutas parenterales, regionales y neuroaxiales. Comúnmente utilizado los opioides sistémicos incluyen fentanilo, morfina, albumina,	Cualitativo	La analgesia en el trabajo de parto es comúnmente administrada y prescrita de manera diversa. Los profesionales de la salud deben sopesar completamente el riesgo y el beneficio de la terapia al iniciar la administración.	Demuestra la importancia de los porcentajes en los que se emplea la analgesia, pero a su vez este artículo contiene poca información relevante para agregar a nuestra investigación. Considero que es un artículo completo ya que muestra sus diferentes estrategias y con este tiene integrado su farmacocinética, farmacodinamia, el mecanismo de acción entre otros.	Paramore B, Paramore SB. Analgesia in labor. JCE. Ebsco. [Internet]. 2018 [citado el 10 de octubre de 2019]; 33 (1). Disponible desde: https://bit.ly/2M2DOo9

			dolor desconocidos en 10% y sin analgésicos en el 17%.		butorfanol y remifentanilo. Efectos secundarios potenciales comunes de los opioides observados en la madre durante el parto incluye prurito, náuseas, vómitos, depresión respiratoria y sedación,				
20	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia no farmacológica. La acupuntura considera el cuerpo humano como un conjunto de canales para conducir energía (meridianos), cada uno de los cuales comienza desde un punto específico y pasa un largo camino a través del cuerpo. Los meridianos son responsables de conectar órganos internos o varios tejidos y centros superficiales del cuerpo. Hay 12 meridianos principales en el cuerpo de los cuales la vejiga y los meridianos del intestino grueso pueden ejemplificarse. Los estudios mencionaron diferentes puntos de acupuntura que pueden usarse para aliviar el parto dolor incluyendo puntos LI4 y BL32.	Examinar y comparar el efecto de la acupresión LI4 y BL32 entre sí y grupo de control sobre dolor de parto y resultados del parto.	El punto LI4 es un punto principal del meridiano del intestino grueso que se ubica en la parte dorsal de la mano entre la primera y la segunda metacarpiano. El punto BL32 es un punto importante en la vejiga del meridiano que se localiza en el segundo agujero del sacro. El hallazgo confirma nuestros resultados sobre el efecto de LI4 para reducir dolor laboral y también la satisfacción de las mujeres. Comparación de alivio del dolor en grupos de acupresión en nuestro estudio revela resultados interesantes. Se demostró que el alivio del dolor en las dilataciones cervicales de 4-5 cm y 6-7 cm fueron mayores en BL32. La estimulación de los puntos de acupuntura activa las fibras nerviosas en los músculos que a su vez envían mensajes a la médula espinal y activa tres centros (columna vertebral, mesencéfalo y hipófisis-hipotálamo).	Mixta - Ensayo controlado aleatorio	- Este estudio controlado aleatorio mostró que tanto LI4 como BL32 resultó en un alivio significativo del dolor en la primera etapa del parto con una ligera superioridad del punto BL32. La acupresión en los puntos BL32 y LI4 es efectiva para reducir el dolor de parto en comparación con el grupo control con una ligera superioridad para los puntos BL32. La acupresión en estos puntos podría aplicarse para aliviar el dolor en el trabajo de parto como un método económico y fácil de administrar.	Me agrada los artículos que contienen imágenes logran dejar más claridad de cómo se realiza el procedimiento, pero, deben realizar más investigaciones con conocimientos actuales.	Ozgoi G, Mobarakabadi S, Heshmat R. Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial. CTM. PubMed. [Internet]. 2016 [citado el 10 de octubre de 2019]; 29: p. 175-180. Disponible desde: https://bit.ly/2oT8bCV

21	Inglés	Artículo de revisión	<p>Estrategia no farmacológica. El uso de analgésicos opioides sistémicos, como método de control del dolor en la primera etapa del parto es común. Sin embargo, con el aumento de la adicción a los opioides y sobredosis convirtiéndose en una epidemia en Estados Unidos. El trabajo de parto expone al feto a posibles complicaciones como depresión respiratoria. La música es un sonido melódico que tiene una armonía agradable. Esta melodía es cautivadora para la mente y es disfrutada por culturas diferentes. Diferentes armonías y melodías son aceptadas y aceptado de acuerdo con la religión y la cultura creencias. No es sorprendente que la música se use en medicina para consolar a los pacientes durante los procedimientos dolorosos.</p>	Mejorar resultados clínicos del paciente, experiencia y satisfacción.	<p>La música distrae la atención de los negativos estímulos hacia sensaciones agradables y pueden reducir el dolor y la ansiedad. La analgesia de audio es el uso de sonido o música para aliviar o calmar la intensidad del dolor. Estas frecuencias y señales de ruido blanco son similares al sonido de cascadas, olas oceánicas o viento, a través de los árboles, uso de sonido ambiental continuo de bajo nivel. Por ejemplo, mujeres que escuchaban música suave durante el parto tuvo significativamente menos dolor en comparación con otras mujeres que no lo hicieron. Escuchar música durante el trabajo de parto disminuyó la ansiedad y el dolor durante la fase latente y fase activa del parto, disminución de la presión arterial materna y frecuencia cardíaca. Escuchar la música puede alcanzar niveles emocionales a un punto que impacta varias hormonas como la dopamina, la oxitocina, las endorfinas, prolactina y adrenalina.</p>	Cualitativo – Fenomenológico	<p>La dopamina tiene un papel importante en el pensamiento, la memoria, movimiento y motivación. Durante el embarazo, el cuerpo produce varias hormonas que son mensajeros químicos, estas hormonas ayudan a preparar el cuerpo para el nacimiento del bebé. La principal hormona asociada con el parto incluye oxitocina, prolactina y adrenalina. La oxitocina también se produce en tejidos periféricos, como el útero y la placenta. Esta es importante en la estimulación del músculo liso uterino contracción que ayuda a dilatar el cuello uterino durante el parto. Los pacientes que seleccionan su propia música ayudan a reducir la ansiedad.</p>	<p>Me complace este artículo ya que son pocos los artículos que se encuentran referentes al audio analgesia, explican cómo es el juego de algunas hormonas por lo que lo hace un artículo completo. No tengo críticas, por el contrario, es excelente. Es importante tener en cuenta las guías y protocolos que se deben utilizar para la correcta administración de estos medicamentos con el fin de disminuir los posibles efectos secundarios que se puedan presentar.</p>	<p>Levy P, Wallen M. Audio Analgesia as a Comfort Measure during Labor. JCE. Ebsco. [Internet]. 2017 [citado el 10 de octubre de 2019]; 32 (4). Disponible desde: https://bit.ly/2Bdn1Zz</p>
22	Inglés	Artículo de investigación	<p>Estrategia no farmacológica. Un método no farmacológico que puede usarse para apoyar la mujer en trabajo de parto es acupuntura / acupresión. Intestinal grande 4 (LI4) la región está entre el primer y el segundo hueso metacarpiano, en el centro del hueso metacarpiano y en el lado radial, lado externo de mano. El punto LI4 es uno de los puntos más importantes en el cuerpo.</p>	Identificar el efecto del hielo, masaje con corta duración (40 min) y larga duración (80 min) aplicado en el intestino grueso (LI4) punto de acupresión en el proceso de parto y percepción del dolor de parto.	<p>La aplicación de hielo, un método no farmacológico, es una aplicación inofensiva para la madre y el feto y está bajo directo control de la madre. No afecta negativamente al trabajo y no tiene efectos secundarios o riesgos de alergia.</p>	Mixto - Estudio experimental controlado.	<p>Sugerimos que la aplicación de masaje con hielo a la región LI4 reduce los dolores de parto de las mujeres y acorta el parto duración al afectar positivamente el proceso laboral en curso. La aplicación de masaje con hielo en la región LI4 en manos de embarazadas durante la fase activa del parto; es un no método farmacológico, rentable y de fácil acceso que no tiene dificultades para aplicar en mujeres embarazadas y brindar beneficios a aplicaciones hospitalarias.</p>	<p>Es un estudio de poca información y se basa en otras investigaciones y no hay una información profunda frente al masaje en hielo y mejora la percepción del dolor durante el trabajo de parto generando así una mejor experiencia.</p>	<p>Yildirim E, Alan S, Gokyildiz S. The effect of ice pressure applied on large intestine 4 on the labor pain and labor process. PubMed. [Internet]. 2018 [citado el 10 de octubre de 2019]; 32: p. 25-31. Disponible desde: https://bit.ly/2vUGUoW</p>

23	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica. El uso de anestesia epidural y narcóticos prolonga el parto, duración y aumentar la necesidad de oxígeno y oxitocina.	Analizar el efecto de la música sobre el dolor y la ansiedad que sienten las mujeres en trabajo de parto durante su primer embarazo.	En nuestro estudio, el 88% de las mujeres embarazadas declararon que escuchar música los ayudó a relajarse, el 88% afirmó que les ayudó adaptarse al medio ambiente, mientras que el 72% declaró que proporcionaba tranquilidad, así como un sentido de confianza y el 64% declaró que les ayudó a reducir su nivel de dolor.	Mixto - Estudio experimental	Nuestro estudio indicó que las mujeres embarazadas que escuchaban música durante el parto declararon que su nivel de dolor era más bajo, evaluó sus niveles de ansiedad como más bajos, el parto como más fácil, tuvo períodos de contracción más largos y su trabajo progresó más rápido. Se observó que después de la primera hora, las mujeres indicaron que su dolor era estadísticamente menor en el grupo experimental; los rasgos de ansiedad rasgo de las mujeres en trabajo de parto fueron similares para los grupos experimentales y de control.	Es un estudio que brinda poca información acerca de la musicoterapia se basa en otros estudios, se necesita investigaciones más recientes ya que para esta estrategia hay pocos estudios. Por otro lado, sería interesante conocer un poco más de este método.	Gokylidiz Surucu S, Ozturk M, Avci Bay Vurdec B. The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey. PubMed. [Internet]. 2018 [citado el 10 de octubre de 2019]; 30: p. 96 - 102. Disponible desde: https://bit.ly/33g0iYy
24	Portugués	Artículo de revisión	Estrategia farmacológica. La pelota obstétrica se considera un instrumento lúdico que distrae a la parturienta, lo que hace que el trabajo de parto sea más tranquilo y que respalde otras técnicas, como el masaje. Se descubrió que la pelota suiza es un recurso importante para la comodidad, el movimiento, la presentación fetal, el alivio del dolor, la reducción no medicada para proporcionar comodidad, ansiedad y relajación del parto.	Verificar la evidencia científica disponible en la aplicación de la pelota suiza en el trabajo de la literatura sobre la aplicación de la pelota suiza durante el parto para promover el parto humanizado.	El uso de la pelota suiza por parte del equipo multiprofesional y en los resultados maternos resultantes del uso de la pelota suiza en el trabajo de parto se ha demostrado en siete estudios. Un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo investigó el uso de la pelota suiza en el trabajo de parto, en São Paulo, y descubrió que el 100% de los centros de parto normales y el 40.9% de los centros obstétricos tenían una pelota suiza, donde sus principales indicaciones eran promover la disminución de la presentación fetal (34.8%), relajación (24.2%), alivio del dolor (15.1%), progresión lenta del parto (13.6%), estímulo para moverse (7, 6%) y ejercicio del perineo (4.5%).	Cualitativo	La humanización en el trabajo de parto se conoce hoy en día como una forma de prevenir la mortalidad y perinatal y promover un parto y un parto saludables, que se pueden complementar con el uso de la pelota suiza. La investigación mostró los beneficios del uso de la bola obstétrica en el trabajo de parto, así como su buena aceptación por parte de las parturientas.	Es un estudio interesante ya que demuestra mediante la revisión bibliográfica los porcentajes en cuanto a la efectividad desde diferentes aspectos. Por otro lado, es importante sugerir que se debió enfatizar un poco más acerca de cómo funciona este método no farmacológico; la pelota suiza reúne los requisitos para ser considerada segura y eficiente para conseguir un embarazo saludable y un parto sin complicaciones.	Neiva de Oliveira LM., Costa Cruz AG. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. RBSCS. ResearchGate. [Internet]. 2014 [citado el 28 de noviembre de 2019]; 18 (2): p. 175-180. Disponible desde: https://cutt.ly/Ue0Z9QI
25	Portugués	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica. La encuesta se realizó con 11 mujeres posparto en un hospital de maternidad en la ciudad de Campiña Grande, estado de Paraíba, Brasil. Los resultados muestran que los métodos farmacológicos utilizados por las mujeres en trabajo de parto fueron apoyo continuo (73%), masajes (36%), ejercicios de respiración (55%), ejercicios de relajación (27%) y ducha (36%). Los entrevistados informaron que el uso de métodos no farmacológicos fue una experiencia positiva, con una disminución en el	Evaluar la percepción de las mujeres posparto sobre el uso de métodos farmacológicos para el alivio del dolor.	Si una mujer está informada correctamente sobre el parto, puede sentirse más segura de sí misma y los sentimientos experimentados durante este proceso pueden ser menos dolorosos y más positivos. La seguridad de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto depende de su preparación para estos eventos durante el embarazo y especialmente de la orientación recibida en su atención prenatal. Esta información debe	Mixto - Descriptivo transversal.	Se concluye que los métodos utilizados en este hospital de maternidad tuvieron efectos positivos en la experiencia del trabajo de parto y el parto. El ejercicio de respiración, el masaje, el baño y el ejercicio de relajación aparecen en este orden porcentual como el MNF (método no farmacológico) más comúnmente utilizado después	Resaltaré la importancia que tiene este artículo, donde nos dan a conocer diferentes opiniones u experiencias acerca de los diferentes métodos no farmacológicos, se logra un resultado positivo y es considerable que se debe implementar más estos métodos en el ámbito hospitalario. Ayuda a una dilatación mejor y acelera el proceso del parto.	Medeiros J, Neves Zboralski Hamad GB, Oliveira Costa RR, Pereira Chaves AE, Medeiros S. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. ResearchGate. [Internet]. 2015 [citado el 28 de noviembre

			<p>tiempo de parto, una sensación de bienestar y alivio del dolor. La pareja fue vista como la más importante para minimizar la soledad durante el parto.</p>		<p>formarse explicando las etapas del proceso de parto, sus cambios físicos y psíquicos que ocurren allí y la importancia del apoyo familiar. No es la intensidad del dolor presentado por la mujer lo que le dará la percepción de la experiencia del parto como buena o mala, sino el logro, o no, de sus objetivos para hacer frente a este dolor.</p> <p>La Enfermería puede verificar la posibilidad de que las mujeres parturientas usen MNF para aliviar el dolor, respetando su voluntad y brindando bienestar, como se puede ver en el siguiente discurso: [...] El dolor no disminuyó, pero me sentí seguro y más cómodo [...] (Rosa). En un estudio realizado en Goiânia / GO, utilizando estímulos para ejercicios de respiración y relajación muscular durante el parto, se descubrió que, en la fase activa del parto, predominaba el dolor, con una sensación de estímulo, vigor y mayor tolerancia al dolor y bienestar físico y psicológico, brindando consuelo durante este período.</p>		<p>del apoyo continuo. De las declaraciones de algunos participantes se destaca que un parto rápido también es una razón para los buenos sentimientos traducidos por la satisfacción con la experiencia del nacimiento de sus hijos.</p>		<p>de 2019]; 16 (2): p. 37-44. Disponible desde: https://bit.ly/2XVh65T</p>
26	Portugues	Artículo de revisión	<p>Estrategia no farmacológica. En este artículo se encontraron una variedad de intervenciones: terapia de masaje, TENS, ejercicios con pelota, baño de inmersión, ejercicios de respiración, acupuntura, caminar, movilidad y ducharse, donde da como resultados impactantes en la mujer. Ejercicios en la pelota pueden ser un recurso alternativo para disminuir el dolor en ese momento. Realizó un programa de ejercicios en la bola y encontró diferencias significativas con respecto al dolor, en cuatro y ocho centímetros ($p < 0,001$) de dilatación cervical. Encontraron un grado de reducción del dolor estadísticamente significativo ($p < 0,001$), también con la realización de un programa de ejercicios en la pelota. El baño de inmersión también fue un método evaluado en el trabajo de Silva et al y demostró ser una opción para el alivio del dolor ($p < 0,050$).</p>	<p>Realizar una revisión sistemática sobre los efectos de los recursos de fisioterapia aplicados para el alivio del dolor durante el parto.</p>	<p>Se requirió ejercicios con la pelota en el hogar durante al menos 20 minutos, tres veces por semana, durante un período de 6 a 8 semanas. Durante el parto, el parto también realizó ejercicios con la pelota.</p> <p>En la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), se colocan de dos a cuatro electrodos en la parte inferior de la espalda. La estimulación se programó en modo continuo, inicialmente con un ancho de pulso de 60 microsegundos y 100 pulsos por segundo, con intensidad ajustada por partería o partera, de 20 a 45 minutos. No hubo diferencia estadística con respecto al uso de la técnica, pero el 34% de las parturientas reportaron cierto alivio del dolor.</p>	Cualitativo – Fenomenológico	<p>Los estudios sugieren que la mayoría de las técnicas de fisioterapia investigadas han contribuido de manera beneficiosa al alivio del dolor de las parturientas. Sin embargo, algunos hallazgos han mostrado resultados no concluyentes con respecto a la efectividad de las técnicas.</p>	<p>Al leer este artículo me genera una gran idea de combinar varias técnicas para así disminuir el dolor durante el trabajo de parto, a la vez es complejo aplicarlas, pero sé que a medida que los enfermeros tengan un mayor empoderamiento en su rol profesional lo lograra y se generara un impacto positivo.</p>	<p>Priscylla Helouyse Melo A, López Ribeiro KC, Guede Lins L. Recursos não farmacológicos: atuação da fisioterapia no trabalho de parto, uma revisão sistemática. RFB. [Internet]. 2016 [citado el 28 de noviembre de 2019]; 17 (3): p. 285 - 292. Disponible desde: https://bit.ly/2Dts355</p>

27	Portugués	Artículo de revisión	<p>Estrategia farmacológica. Las estrategias farmacológicas para el alivio del dolor más mencionadas fueron los baños de inmersión y aspersion, la pelota suiza, las técnicas de relajación y masaje, debido al potencial para reducir el dolor de parto y relajación. Lo que se nota no es la ausencia de técnicas capaces de reducir el dolor de parto. De hecho, no se aborda el desafío de desarrollar acciones de humanización en el parto, desmedicalizar y aplicar técnicas no farmacológicas para reducir el dolor de parto. El desafío para los profesionales obstétricos es adaptar las técnicas no farmacológicas, fortaleciendo la atención al parto normal con la propuesta de intervención mínima en el proceso de parto.</p>	<p>Identificar la producción científica indexada en scielo.com, destacando las estrategias no farmacológicas que enfrentan el dolor de parto más destacadas por los artículos, describiendo los recursos y métodos utilizados por la enfermera obstétrica para implementar la humanización del trabajo de parto.</p>	<p>¿Cómo puede la enfermera obstétrica contribuir al cuidado humanizado del parto con dolor? Para el Ministerio de Salud, la atención del parto debe buscar todos los recursos que favorezcan la promoción de la atención y los procedimientos obstétricos para preservar la salud de la madre y el niño, incluida las actividades educativas en salud individual o grupal, favoreciendo la práctica de hábitos, así como la preparación para el parto y el puerperio. La humanización en salud puede entenderse como el proceso que respeta y valora a la persona humana, con el objetivo de transformar la cultura institucional centrada en la patología mediante la construcción de un conocimiento colectivo centrado en el bienestar del cliente. Las estrategias no farmacológicas para el control del dolor de parto, dentro de la cultura del parto normal, constituyen métodos psicofilácticos para reducir el dolor en el proceso del parto. La cultura del parto normal toma teniendo en cuenta no permitir que el conocimiento científico se superponga con la naturaleza del cuerpo femenino, evitando participación activa de la mujer, interfiriendo en el proceso del parto. Esta perspectiva fomenta la atención obstétrica, humanizado, considerando satisfacer las necesidades individuales de las mujeres, sus expectativas con respecto dolor de parto y parto normal.</p>	Cualitativo	<p>Lo que se puede ver en la práctica clínica es la distancia entre la necesidad de métodos no farmacológicos para el control del dolor en el proceso del parto y la oferta a las mujeres embarazadas para brindar la oportunidad de controlar el dolor en el parto normal, evitando medicamentos y procesos instrumentales que pueden causar daño a la madre y al recién nacido.</p> <p>Se entiende que las mujeres embarazadas se sienten inseguras, ansiosas y estresadas con la situación del parto, lo que hace indispensable la intervención de profesionales de la salud involucrados en el área de la partería, aunque utilizando técnicas no farmacológicas a las mujeres embarazadas, a través de medios ampliamente probados como la respiración, técnicas de relajación. Independientemente del método adoptado, lo importante es reducir el sufrimiento y la incomodidad de la mujer embarazada sin causarle daño al recién nacido.</p>	<p>En este artículo encontré la importancia de un parto humanizado durante el trabajo de parto, el cual favorece este momento el cual genera tanto dolor, pero, por otro lado, falta mucho para que los profesionales del área de la salud comienzan a implementar mucho más estas técnicas, es por esto, que aquí deseo que el lector de nuestro trabajo de grado, al leer esta parte comprenda la importancia y tome conciencia y sea un ejercicio de aplicación en su vida profesional.</p>	<p>Carvalho L, Pinto Chagas Barbosa SM, Silva P, Leal de Oliveira SM, Estratégias não farmacológicas do enfermeiro obstetra frente à dor no trabalho de parto: produção científica entre 2009 e 2014. RCA. [Internet]. 2018 [citado el 28 de noviembre de 2019]; 11 (1): p. 2-21. Disponible desde: https://bit.ly/2OyC7jB</p>
----	-----------	----------------------	---	--	--	-------------	--	--	---

28	Portugués	Artículo de investigación	<p>Estrategia no farmacológica. La muestra consistió en 31 mujeres que tuvieron un parto normal, de 12 a 42 años, provenientes de Florianópolis en el 90% de los casos. Como procedimiento técnico para recopilar la información, se realizaron entrevistas semiestructuradas con las parturientas, en la unidad de maternidad de HU, con una duración promedio de 50 minutos. Desde una experiencia de una gestante informa que un momento único de mi vida; Cuando estuve allí, sentir ese dolor intenso, mirarlo (al padre) y ver que estaba llorando junto a mí, dándome apoyo, masaje y consuelo, me dio fuerzas para continuar, no para rendirme. Se observa en el discurso del entrevistado el valor empleado para la presencia y participación del cónyuge en el proceso de nacimiento. Desafortunadamente, sabemos por nuestras experiencias en otros contextos que no todas las instituciones valoran o permiten dicha participación.</p> <p>Considerando la política de humanización del parto, el uso de técnicas apropiadas debe estar asociado con el apoyo emocional, respetando los miedos, deseos y deseos de las mujeres.</p>	<p>Conocer las percepciones de las parturientas atendidas en el Hospital de Maternidad del Hospital Universitario de Florianópolis (HU) sobre el uso de la acupuntura en la analgesia del dolor de parto.</p>	<p>Es innegable que el proceso de desarrollo de tecnologías de asistencia, especialmente las relacionadas con la analgesia del dolor obstétrico, representa un gran avance y genera numerosos beneficios para el binomio madre-hijo, pero aliado a los beneficios que tenemos los efectos secundarios indeseables que nos impulsan en la búsqueda de la mejora.</p> <p>Las diferencias en las referencias de la vida explicarían, al menos en parte, la baja tasa de mujeres que han oído hablar de la acupuntura como un procedimiento de control del dolor laboral, específicamente en la maternidad de Florianópolis. Por otro lado, creemos que el énfasis que se ha dado a los buenos resultados de esta práctica de la medicina china por diversos medios de difusión tiene que ver con la declaración de los parturientas de que aceptarían el tratamiento de su dolor a través de la acupuntura si fuera para ellos ofrecido en la sala de maternidad.</p>	Cualitativo	<p>Las entrevistas con 31 parturientas que fueron tratadas en un procedimiento de parto normal en abril de 2005 dieron como resultado que el 60% de los protagonistas del estudio tenían entre 20 y 30 años, provenientes de Florianópolis en el 90% de los casos. Una gran proporción de mujeres atendidas en la sala de maternidad no tiene información sobre el uso de la acupuntura para controlar el dolor obstétrico, llegando al 95% de las respuestas. Sin embargo, el 70% de los encuestados cree en la posibilidad de analgesia de acupuntura y estaría dispuesto a experimentar si está disponible en la institución. Estos resultados indican la necesidad de aumentar el conocimiento en esta área, así como la capacitación de los equipos de atención del parto en el uso de otras formas de control del dolor obstétrico.</p>	<p>Es un artículo de poca información, donde se encuentran referencias antiguas y pocas, no genera información de interés la cual no puede aportar algo relevante para nuestro estudio.</p>	<p>Gue Martini J, Greice Becker S. A acupuntura na analgesia do parto: percepções das parturientes. RE. Scielo. [Internet]. 2009 [citado el 28 de noviembre de 2019]; 13 (3): p. 589-94. Disponible desde: https://bit.ly/33AdXJG</p>
----	-----------	---------------------------	---	---	--	-------------	---	---	--

29	Inglés	Artículo de investigación	<p>Estrategia farmacológica. El nacimiento de un niño se considera un fenómeno natural, sin embargo, el dolor que puede causar es subjetivo y complejo e incluye aspectos fisiológicos, culturales y psicosociales. Actualmente, hay muchos estudios destinados a reducir el dolor en el parto, haciendo hincapié en los tratamientos no medicinales que son menos invasivos y más humanizados. Estos están siendo desarrollados por enfermeras y obstetras.</p>	<p>Analizar los efectos de la acupresión, en el punto sanyinjiao, sobre el dolor en la fase activa del trabajo de parto, en embarazadas atendidas en maternidad. Identificar los efectos de la acupresión, con el fin de valorar la escala del dolor en el parto, visto desde diferentes alternativas en un control que se le realiza a diferentes maternas, demostrando que es útil para el manejo del dolor y que es un método para mejorar la calidad del parto.</p>	<p>La acupresión mostró ser una medida útil para el alivio del dolor que puede ser fácilmente implementada en la práctica clínica, con la finalidad de mejorar la calidad de los cuidados la parturienta y favoreciendo la evolución de este. Sin embargo, el efecto del tratamiento en la reducción del dolor es pequeño, lo que sugiere que la acupresión puede ser más eficaz con dilatación cervical hasta 8 cm y presentación cefálica alta. La evaluación del dolor por la EAV apuntó reducción significativa en el grupo que recibió acupresión en el punto BP6 en comparación al GT y GC. La media de la EAV fue menor en las dos evaluaciones después del tratamiento en el grupo BP6. Los resultados de este estudio indicaron que la acupresión en el punto BP6 es un medio complementario y no invasivo para el alivio del dolor en la fase activa del TP, que no ocasiona efectos adversos para la parturienta o para el neonato. El parto es considerado un fenómeno natural; sin embargo, ha sido demostrado que el dolor que lo acompaña es una experiencia subjetiva y compleja en que participan aspectos fisiológicos, culturales y psicosociales.</p>	<p>Cuantitativo – Ensayo clínico controlado a ciegas, realizado aleatoriamente</p>	<p>La acupresión se mostró ser una medida útil para el alivio del dolor que puede ser fácilmente implementada en la práctica clínica, con la finalidad de mejorar la calidad de los cuidados la parturienta y favoreciendo la evolución del TP. Sin embargo, el efecto del tratamiento en la reducción del dolor es pequeño, lo que sugiere que la acupresión puede ser más eficaz con dilatación cervical hasta 8 cm y presentación cefálica alta. La acupresión también puede ser una alternativa ofrecida a las mujeres que prefieren el uso de métodos no farmacológicos y sin efectos colaterales, ya que puede ser realizada especialmente por profesionales enfermeros y obstetras.</p>	<p>Este artículo tiene como finalidad demostrar e identificar la disminución del dolor en mujeres en trabajo de parto mediante la utilización de estrategias no farmacológicas como lo son la acupresión. Considero que es una de las estrategias más eficaces para poder ayudar al alivio del dolor y de esta manera considero que existe una grande posibilidad de poder implementarlo a nivel de la salud con el fin de mejorar las experiencias sensitivas de las mujeres que se encuentren en su labor de parto.</p>	<p>Mafetoni RR, Shimo AKK. The effects of acupressure on labor pains during childbirth: a randomized clinical trial. Revista Latinoamericana de Enfermagem PubMed. [Internet]. 2016 [citado 20 de agosto de 2019]; 24(0). Disponible en: https://cutt.ly/Zy6X79O</p>
----	--------	---------------------------	--	---	---	--	--	---	--

30	Español	Artículo de investigación	Estrategias farmacológicas y no farmacológicas como lo son la acupuntura, que puede disminuir la necesidad de otras medidas para aliviar el dolor, otras, como la auto hipnosis, pueden reducir la necesidad de analgesia farmacológica. El bloqueo para cervical solo se puede aplicar en el primer estadio del parto. Con él se consigue un alivio adecuado del dolor en el 75% de los casos. La aplicación del spray con lidocaína en el periné no redujo el dolor durante el parto en comparación con el placebo. La analgesia con opiáceos por vía parenteral está a muy extendida en la práctica única habitual, a pesar de los efectos adversos que produce en la madre y el niño sus efectos son notables.	Analizar las diferentes medidas farmacológicas que se encuentran para lograr una adecuada analgesia, donde su propósito sea disminuir el dolor y tener del parto una mejor percepción.	Los estudios consultados reflejan que las diferentes alternativas analgésicas como la aplicación de electroterapia, acupuntura, masoterapia o termoterapia en el parto son efectivas en grado moderado en la reducción del dolor. El dolor del parto está catalogado como uno de los más intensos. Está causado por las contracciones uterinas, la dilatación del cuello uterino y el estiramiento del suelo pélvico y la vagina al descender el feto. La analgesia epidural está considerada como la más eficaz durante el trabajo del parto. Durante el primer estadio del parto, algunas medidas no farmacológicas y el bloqueo para cervical pueden ser una alternativa a la analgesia epidural cuando está a contraindicada o no se puede realizar.	Cualitativo – fenomenológico	Ningún opiáceo ha mostrado ser claramente superior a otro en cuanto a eficacia analgésica materna. Todos los opiáceos pueden producir efectos adversos fetales y neonatales, aunque la semivida prolongada de los metabolitos de algunos (petidina, tramadol) los hace poco recomendables, especialmente en los momentos finales del parto, sobre todo si se necesitan dosis repetidas.	Considero que es un artículo que muestra muchas alternativas, tanto como los tipos de efectos que pueden tener diferentes estrategias farmacológicas en el momento de parto de esta manera poder identificar la eficacia de estos y poder determinar si su uso y administración es el adecuado. Aunque la semivida prolongada de los metabolitos de algunos (petidina, tramadol) los hace poco recomendables, especialmente en los momentos finales del parto, sobre todo si se necesitan dosis repetidas. Por tanto, se deberían realizar estudios adecuados para evaluar si alguno de estos fármacos es más eficaz y seguro, así como las dosis y la vía de administración más idóneas.	Aguilera C, Mesas A, Muñoz C, Salicrú S. Alternativas terapéuticas a la analgesia epidural en el dolor del parto. ClinicalKey. [Internet]. 2009 [citado el 20 de agosto de 2019]; 133 (15): p. 599-601. Disponible desde: https://cutt.ly/2y6NhFd
----	---------	---------------------------	--	--	--	------------------------------	---	---	---

31	Español	Artículo de investigación	Estrategias farmacológicas y no farmacológicas. El dolor asociado al parto ha sido descrito como una de las formas más intensas de dolor que puede experimentarse. El dolor experimentado por las mujeres durante el parto es producido por las contracciones uterinas, la dilatación del cuello del útero y al final de la primera etapa y durante la segunda, por la dilatación de la vagina y del piso pelviano para acomodar al feto.	Conocer la influencia de la educación maternal sobre el nivel de dolor que manifiesta la mujer durante el proceso de parto, la utilización de analgesia epidural y el uso de medidas analgésicas alternativas.	Diversos estudios han hallado una asociación positiva entre la realización de educación maternal y el menor nivel de dolor expresado por la madre durante el parto. Otras investigaciones no establecieron ninguna asociación entre ambos parámetros, al igual que en este estudio. Si bien la puntuación media que otorgaron las mujeres que realizan educación maternal al nivel de dolor es sensiblemente menor que las mujeres que no realizaron educación maternal, no se alcanzó significación estadística al 5%. Por lo tanto, en este sentido se está en la línea de las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que afirma que la educación maternal es un método analgésico de eficacia poco demostrada. Una de las formas más intensas de dolor que puede experimentarse. El dolor experimentado por las mujeres durante el parto es producido por las contracciones uterinas, la dilatación del cuello del útero y al final de la primera etapa y durante la segunda, por la dilatación de la vagina y del piso pelviano para acomodar al feto. El dolor del parto es agudo y de una gran variabilidad. El 20% de las parturientas describen la intensidad del dolor como insoportable, el 30% como severo, el 35% como moderado y tan sólo el 15% señalan la intensidad como mínima.	Mixto – Estudio observacional al entre enero de 2011 y enero de 2012	Se puede afirmar que en nuestra experiencia la educación maternal no fue eficaz para el control del dolor que produce el proceso de parto ni determina el uso de otras medidas analgésicas. Diversos estudios han hallado una asociación positiva entre la realización de educación maternal y el menor nivel de dolor expresado por la madre durante el parto. Otras investigaciones no establecieron ninguna asociación entre ambos parámetros, al igual que en este estudio. Si bien la puntuación media que otorgaron las mujeres que realizan educación maternal al nivel de dolor es sensiblemente menor que las mujeres que no realizaron educación maternal, no se alcanzó significación estadística al 5%.	Considero que para que los métodos alternativos del manejo del dolor se deban tener en cuenta que la educación es importante durante todo el proceso del embarazo no solo en la etapa de parto para que se genere una adecuada calidad en el momento del parto. Descartar completamente el sesgo de confusión, limitación inherente a la mayoría de los estudios observacionales.	Martínez G, Delgado R. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. RCOG. SciELO. [Internet]. 2013 [citado el 20 de agosto de 2019]; 78 (4): p. 293. Disponible desde: https://bit.ly/2WTzWM8
32	Español	Artículo de investigación	Estrategia no farmacológica mediante el uso de la pelota de parto. La evidencia científica recomienda ejercicios aeróbicos durante el embarazo y entrenar el suelo pélvico, pues optimiza el proceso de parto y disminuye la incontinencia urinaria del puerperio. Masajear el periné durante las últimas semanas de gestación previene el trauma perineal y disminuye el dolor postparto.	Determinar los efectos del uso de PdP durante el trabajo de parto en relación con el tiempo de dilatación y expulsivo, la integridad perineal y la percepción de la intensidad del dolor, así como su seguridad con respecto a la salud de la madre y el feto..	En la percepción del dolor a los 4 cm el grupo experimental refirió menos dolor que el grupo control; 6,9 puntos vs 8,2. La frecuencia de recogida de esta variable fue inferior al total muestra ya que 11 mujeres tenían algún tipo de analgesia cuando alcanzaron los 4 cm de dilatación. La diferencia en la percepción del dolor recordada en el puerperio inmediato fue de 1,48 puntos mayor en el grupo control (en 4 ocasiones no se pudo recoger este resultado por posición de la puérpera o factores estructurales). Ambos resultados fueron estadísticamente significativos. No se han encontrado estudios	Cuantitativo – Ensayo clínico y aleatorizado	El uso de pelotas de parto disminuye la percepción del dolor de parto y es segura.	Considero que es importante conocer acerca de las pelotas en el trabajo de parto ya que este es un método que demuestra ser eficaz y puede empezar a ser implementado a ser implementado, sino que también puede ser llevado a la práctica y de esta manera trabajarlo a fondo.	Delgado B, García M, Cortés M, Poveda Bernabéu A, Caballero P. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto. EC. ClinicalKey. [Internet]. 2012 [citado el 20 de agosto de 2019]; 22 (1): p. 35-40. Disponible desde:

					experimentales en los que se evaluara el uso de la PdP para poder comparar los resultados. Por ello, este trabajo es pionero en un campo en el que nos consta que el uso de la PdP se está generalizando. Se conoce que las estrategias de afrontamiento activo que aumentan la sensación de control están relacionadas con una disminución del dolor y aumento de satisfacción materna con la vivencia del proceso de parto.				https://bit.ly/2JvxhAs
33	Español	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica mediante el uso de petidina y haloperidol. En España, la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) y la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Atención al Parto Normal recomiendan como métodos de alivio del dolor, tanto el uso de la petidina (administrada junto a un antiemético, como el haloperidol), como el uso de las pelotas de parto (usado para el movimiento pélvico). A pesar de que en algunos artículos se recoge el efecto de la pelota de parto en el alivio del dolor, en esta guía solo se recomienda para favorecer la comodidad de la paciente, debido a la escasa evidencia de los mencionados estudios. En cuanto a la petidina y el haloperidol, la GPC recomienda su uso para el dolor moderado, advirtiendo sobre sus efectos secundarios. Otras intervenciones no farmacológicas recomendadas, como la inmersión en agua, las inyecciones de agua estéril y el masaje, dan idea de la importancia de la decisión de la mujer en el control de su proceso de parto.	Determinar los efectos en la satisfacción materna del uso de la pelota de parto como método de alivio del dolor, comparado con la administración subcutánea de petidina (50 mg) y haloperidol (2,5 mg), en el periodo de latencia de parto.	La satisfacción materna fue significativamente mayor en el grupo experimental que en el grupo de comparación, en todas las esferas de la escala: obstetra (4,24/3,87), dilatación (4,02/3,35), expulsivo (4,27/3,67), recién nacido (4,72/4,43) y acompañamiento y comodidad (4,78/4,44). No hubo, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas en la subescala matrona, aunque las puntuaciones fueron igualmente altas (4,65/4,45). Finalmente, se considera que el estudio de la satisfacción de las madres con los diferentes aspectos de la mejora del proceso de parto es un paso más en los programas de mejora continua de la calidad asistencial.	Mixta – Estudio clínico aleatorizado, unicéntrico, paralelo y controlado	El uso de pelotas de parto durante el periodo de latencia aumenta la satisfacción de la mujer en el proceso de parto, en mayor medida que la administración conjunta de petidina y haloperidol. El uso de medidas no farmacológicas en el alivio del dolor de parto ha sido ampliamente estudiado, con el fin de ofrecer una alternativa al uso de fármacos como la petidina más haloperidol, que produce efectos secundarios en el recién nacido y en la madre.	Teniendo en cuenta que las pelotas parecen ser más eficaces que otras alternativas lo considero importante para nuestro estudio.	Fernández Arranz J, Pedraz Marcos A, Palmar Santos AM, Moro Tejedor MN. Pelota de parto versus petidina y haloperidol en la satisfacción en el parto. Enfermería Clínica. Clinicalkey. [Internet]. 2019 [citado el 20 de agosto de 2019]; 29 (4): p. 234-238. Disponible desde: https://bit.ly/39sIRqs

34	Español	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica. El trabajo de parto es un proceso muy doloroso y puede ser el evento más angustiante experimentado por la mayoría de las mujeres. El malestar del trabajo de parto junto con otros factores como la deshidratación materna, la condición basal de la paciente y la inadecuada preparación psicológica pueden resultar en estrés materno excesivo, mayor carga de trabajo mecánico, aumento de la demanda de oxígeno e hiperventilación, que llevan a un aumento de la secreción de catecolaminas, vasoconstricción uterina, aumento de la contractilidad uterina, hipoperfusión de la unidad fetoplacentaria, hipoxia fetal y acidosis.	Describir y comparar los resultados obstétricos y perinatales en las pacientes que recibieron analgesia obstétrica durante el trabajo de parto con los resultados de quienes no la recibieron y determinar si dicha analgesia se asocia a resultados maternos o perinatales adversos.	Predominaron las madres jóvenes, solteras y nulíparas; el parto fue vaginal en 86 % de los casos y por cesárea en 14 %. La analgesia obstétrica se asoció a mayor duración del segundo período del parto, parto instrumentado y cesárea por detención de la dilatación y por bradicardia fetal; sin embargo, no se relaciona con mayor incidencia de hemorragia posparto ni con resultados perinatales adversos como líquido amniótico teñido de meconio, Apgar menor de 5 al minuto o de 7 a los 5 minutos, necesidad de reanimación neonatal o de admisión a la UCI neonatal. El trabajo de parto es un proceso muy doloroso y puede ser el evento más angustiante experimentado por la mayoría de las mujeres.	Cuantitativo - Estudio descriptivo, comparativo, retrospectivo	La analgesia obstétrica administrada a pacientes con embarazo a término y de curso normal se relaciona de manera estadísticamente significativa con una mayor duración del segundo período del parto, la necesidad de parto instrumentado, la necesidad de cesárea por detención de la dilatación y del descenso y la cesárea urgente por bradicardia fetal.	Considero que hay que tener en cuenta los efectos que pueden tener los diferentes tipos de analgesia para la disminución del dolor en el parto, se encuentra que la analgesia es más significativa durante el segundo periodo de parto.	Piedrahíta Gutiérrez DL, España Chamorro JA, López Clavijo CA, Henao Flórez RE. Resultados obstétricos y perinatales en pacientes con o sin analgesia obstétrica durante el trabajo de parto. SciELO. [Internet]. 2016 [citado el 20 de agosto de 2019]; 29 (3): p. 263-9. Disponible desde: https://bit.ly/2w4bkFx
35	Español	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica. El remifentanilo presenta un perfil farmacológico atractivo para definirse como analgesia obstétrica, dada la necesidad de una técnica de empleo masivo, con similares beneficios y satisfacción que la analgesia epidural.	Evaluar la eficacia, la equivalencia y la seguridad del remifentanilo vs. Analgesia epidural en analgesia obstétrica.	No hallamos equivalencia con respecto a analgesia epidural, pero sí eficacia en el grupo de remifentanilo a diferentes horas de evaluación. La incidencia de efectos adversos fue similar en ambos grupos, salvo para las náuseas. La analgesia epidural lumbar es considerada como el estándar de oro para el tratamiento del dolor relacionado con el trabajo de parto, debido a su alta efectividad y muy baja frecuencia de efectos adversos. Sin embargo, su uso está restringido en pacientes con contraindicaciones absolutas y en aquellas que no lo autorizan por su naturaleza invasiva y no exenta de eventuales complicaciones. En consecuencia, diversos autores han escrito sobre la necesidad de una alternativa equivalente para las pacientes que no puedan beneficiarse de su aplicación. El empleo de opiáceos intravenosos y en técnicas regionales durante el trabajo de parto es bastante controversial debido, por un lado, a la inducción de depresión respiratoria en la gestante y por otro, a eventuales complicaciones respiratorias, cardiovasculares y de la perfusión tisular en el recién nacido.	Cuantitativa - Revisión sistemática y meta-análisis de experimentos clínicos	El remifentanilo para analgesia obstétrica podría ser efectivo en el tratamiento de dolor relacionado con el trabajo de parto, generando una disminución de hasta 5 puntos EVA en diferentes ensayos y horas específicas. El remifentanilo mostró el mismo margen terapéutico que la analgesia epidural para las principales adversidades materno-fetales esperadas; la única medida que exhibió un incremento en su incidencia y riesgo fueron las náuseas, razón por la cual, si se considera emplear como opción analgésica en el trabajo de parto. El remifentanilo para analgesia obstétrica podría ser efectivo en el tratamiento de dolor relacionado con el trabajo de parto, generando una disminución de hasta 5 puntos EVA en diferentes ensayos y horas específicas. Aun así, faltan ensayos clínicos aleatorizados y controlados no heterogéneos para comprobar dicha hipótesis.	Considero que es un documento que tiene muchas bases para aumentar el conocimiento, y para entender porque un método es más eficaz que el otro, como disminuye el dolor, entre otros. También es importante que se haga una aleatorización sobre algunos fármacos como el remifentanilo para evidenciar su eficacia en el dolor en el trabajo de parto.	González V Munar F, Gómez W, Cardona A, Rosero B, Manrique ÁJ. Remifentanilo vs. Analgesia epidural para el manejo del dolor agudo relacionado con el trabajo de parto. Revisión sistemática y metaanálisis. RCA. SciELO. [Internet]. 2014 [citado el 20 de agosto de 2019]; 42 (4): p. 281-94. Disponible desde: https://bit.ly/33YhrHM

36	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia no farmacológica. El uso de medicina complementaria y alternativa (CAM) y terapias complementarias y alternativas (CAT) durante el embarazo está aumentando. La evidencia científica de CAM y CAT en el campo de la obstetricia cubre principalmente el alivio del dolor en el trabajo de parto.	Evaluar el impacto del modelo de atención de la maternidad sobre el uso de la medicina complementaria y alternativa durante el trabajo de parto y el parto y la necesidad de información adicional sobre la seguridad y efectividad del uso de la medicina complementaria y alternativa durante el embarazo para informar la toma de decisiones de las mujeres.	Con este método podemos tener un tipo de vista diferente acerca de la medicina complementaria que se utiliza en el momento del parto, mediante este valorando tanto la seguridad que se puede presentar. Un examen de los factores asociados con uso de CAM por parte de las mujeres para el manejo del dolor intraparto también descubrió algunas ideas interesantes. Las mujeres Es mucho más probable que utilice CAM para el manejo del dolor durante el trabajo de parto si estaban casados / o relación de hecho, tuvo más de 4 consultas con una partera, o había usado al menos uno de una gama de CAM para el embarazo salud (infusiones, terapia de masaje, clases de yoga / meditación. A diferencia de, las mujeres tenían menos probabilidades de usar CAM para el parto intraparto manejo del dolor si eran multiparas, tuvo consultas más frecuentes con un obstetra, o tenía un historial de CS o bebé de bajo peso al nacer. Las áreas discutidas incluyen el impacto del uso de CAM durante el embarazo en eventos adversos de nacimiento a nivel de población, el impacto del modelo de atención de maternidad sobre el uso de CAM durante el trabajo de parto y el parto .	Cuantitativo – Estudio descriptivo y transversal	Estos recientes avances en la comprensión del uso de la medicina complementaria por parte de las mujeres australianas durante el embarazo, el parto y el alumbramiento tienen importantes implicaciones para las mujeres, los responsables de la formulación de políticas y los profesionales. También se descubren varios hallazgos novedosos a través de esta investigación, que proporciona nuevas direcciones para los futuros servicios de salud y la investigación clínica.	Es un documento que ayuda a la comprensión de diferentes alternativas complementarias que pueden existir, y que aun, así como bien se demuestra puede ser un eje de orientación, considero que es un artículo completo y debe ser utilizado como método de conocimiento. Es necesario que las mujeres sean conscientes de factores sistémicos, que pueden influir en sus posibilidades de logrando su experiencia laboral y de parto deseada. por mujeres que desean experimentar el parto usando CAM para manejar el dolor y minimizar así su necesidad de técnicas de manejo farmacológico del dolor, puede beneficiarlos para estar al tanto de los factores estructurales dentro de sociedad occidental moderna y el sistema de salud que puede apoyarlos u obstaculizarlos para lograr sus objetivos.	Muñoz Selles E, Vallès Segalés A, Goberna Tricas J. Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a crosssectional study of midwives training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth, PubMed. [Internet]. 2013 [citado el 17 de septiembre de 2019]; 13. Disponible en: https://bit.ly/3cv3ttC
37	Inglés	Artículo de revisión	Estrategia no farmacológica. La medicina complementaria se ha vuelto popular en muchos países occidentales y es ampliamente utilizada por las mujeres en todas las etapas de su ciclo de vida. Las mujeres usan la acupuntura durante el embarazo, y la investigación sugiere que la acupuntura puede usarse como un complemento de su cuidado convencional existente.	Resumir la evidencia que examina la efectividad de la acupuntura durante el embarazo y el parto, y para discutir su papel como tratamiento complementario.	La acupuntura es de gran eficacia pero se debe tener cuidado con la materna, puesto que puede adelantar el trabajo de parto. Es importante dar a conocer el procedimiento que se va a realizar para disminuir dichas preocupaciones.	Mixta – Estudio meta análisis	El interés está creciendo en el uso de acupuntura para tratar algunas quejas durante el embarazo y el parto, y la evidencia es comenzando a consolidar que la acupuntura puede ayudar con el manejo de algunas quejas durante el embarazo. Sin embargo, no se pueden llegar a conclusiones definitivas sobre su efectividad y la investigación adicional está justificada.	Conocer la importancia es relevante ya que se puede ver que es un método que disminuye los dolores del parto. Considero que es un artículo que puede servir y se puede tomar en cuenta los valores acerca de la eficacia y que tan satisfechas se encuentran las madres con el fin de saber si su aplicación es adecuada.	Smith CA, Cochrane S. Does acupuncture have a place as an adjunct treatment during pregnancy? A review of randomized controlled trials and systematic reviews. PubMed. (Internet). 2009 [citado el 17 de septiembre de 2019]; 36 (3). Disponible en: https://bit.ly/2VJNTU

38	Inglés	Artículo de revisión	Estrategia farmacológica. Los enfoques farmacológicos, basados en el control de la puerta (inmersión en agua, masaje, deambulación, posiciones) y el control inhibitorio nocivo difuso (acupresión, acupuntura, estimulación eléctrica, inyecciones de agua), se asocian con una reducción de la analgesia epidural y una mayor satisfacción materna con el parto.	no Evaluar los efectos de los enfoques farmacológicos del dolor. Alivio durante el parto, según su mecanismo de acción endógeno, en obstetricia intervenciones, resultados maternos y neonatales.	Enfoques farmacológicos, basado en el control (inmersión en agua, masaje, deambulación, posiciones) y nocivo difuso Control inhibitorio (acupresión, acupuntura, estimulación eléctrica, inyecciones de agua), son asociados con una reducción en la analgesia epidural y una mayor satisfacción materna con parto. Los enfoques farmacológicos a medida, basados en el apoyo continuo, fue el más eficaz para reducir las intervenciones obstétricas.	Cuantitativo – Estudio meta análisis	Enfoques farmacológicos para aliviar el dolor durante trabajo de parto, cuando se usa como parte de la estrategia de alivio del dolor hospitalario, brindan beneficios significativos a las mujeres y sus infantes sin causar daño adicional. El reto ahora es para ayudar a los cuidadores a adquirir experiencia en el uso desenfoques no farmacológicos, como en la integración de estos enfoques en prácticas clínicas, para ayudar a las mujeres trabajar con dolor de parto	Se evidencia que los enfoques farmacológicos disminuyen el dolor y han tenido mejores resultados en el momento de parto, a comparación de la analgesia epidural, considero que es importante empezar a implementar este tipo de estrategias como parto humanizado.	Chaillet N, Belaid L, Crochetière L, Gagné G, Moutquin J. Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A metaanalysis. Birth. PubMed. [Internet]. 2014 [citado el 17 de septiembre de 2019]; 41 (2): p. 122-37. Disponible en: https://bit.ly/3bQUv0k
39	Inglés	Artículo de revisión	Estrategia farmacológica. Un equipo médico de apoyo debe estar bien informado sobre las diversas modalidades farmacológicas y no farmacológicas para hacer frente o mitigar el dolor de parto para apoyar adecuadamente y cuidar respetuosamente a las parturientas. Utilizando el rigor metódico de las revisiones sistemáticas Cochrane publicadas anteriormente, este resumen evalúa y discute la eficacia de las intervenciones analgésicas laborales no farmacológicas.	Realizar una revisión sistemática de las diferentes fuentes para abordar terapias no farmacológicas.	La acupuntura, la acupresión, los electrodos TENS se aplican a los puntos de acupuntura, las técnicas de relajación, el yoga y la terapia de masaje pueden proporcionar moderado beneficio analgésico para las mujeres en trabajo de parto. La inmersión en agua puede disminuir las mujeres solicitudes de anestesia regional durante la primera etapa del parto. Los ensayos aleatorios hacen no muestran beneficios para la hipnosis, aunque los estudios en los que las mujeres se auto seleccionan sugieren Algunos se benefician de la técnica. Las pápulas de agua estéril no muestran beneficio comparado con pápulas de agua salina, pero muestran beneficio cuando el grupo de comparación incluye otras modalidades de tratamiento no farmacológico (como la acupuntura o TENS).	Cualitativa	Las modalidades no farmacológicas de analgesia se asocian a un leve daño, pero la minoría de las mujeres que eligen este método ayuda a que se pueda sobre llevar el estrés y el dolor significativo del parto.	Teniendo en cuenta el artículo se evidencia mayor eficacia en el momento de utilizar estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.	Arendt KW, Tessmer Tuck JA. Nonpharmacologic labor analgesia. PubMed. [Internet]. .2013 [citado el 3 de octubre de 2019]; 40 (3): p. 351-371. Disponible en: https://bit.ly/2Wl1aH

40	Inglés	Artículo de investigación	<p>Estrategia no farmacológica. La acupresión es un método no invasivo que se utiliza para aumentar el parto, aliviar el dolor y acortar el tiempo de parto. Aumenta la intensidad de las contracciones uterinas (según la unidad de Montevideo) sin afectar la duración y los intervalos de las contracciones uterinas y, finalmente, reduce la duración del parto. Una variedad de puntos de acupuntura son útiles en el parto para inducir y controlar el parto, y acortar el tiempo de parto.</p>	<p>Evaluar el efecto de la acupresión LI4 sobre el dolor y la duración del parto durante la primera etapa del parto.</p>	<p>La diferencia en las puntuaciones de dolor entre la acupresión y el grupo control fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$) pero no hubo estadísticamente diferencia significativa ($p = 0.942$) en la duración de la primera etapa del parto entre tres grupos.</p>	<p>Cuantitativa - Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego</p>	<p>La acupresión es una técnica efectiva, no invasiva y fácilmente aplicable para reducir el dolor de parto.</p>	<p>El documento es relevante para la investigación ya que ayuda a ampliar las bases que se tenían acerca de la acupresión.</p>	<p>Dabiri F, Shahi A. The Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain Intensity and Duration of Labor: A Randomized Controlled Trial. Oman. PubMed. [Internet]. 2014 [citado el 3 de octubre de 2019]; 29 (6): p. 425-429. Disponible en: https://bit.ly/2SlybG3</p>
41	Inglés	Artículo de revisión	<p>Terapias complementarias mediante métodos o estrategias no farmacológicas. El protocolo de Terapias complementarias para el parto y el parto (CTLB), basado en el curso She Births® y el protocolo de Acupresión para el parto y el parto, incorporaron seis técnicas de medicina complementaria (MC) basadas en evidencia; acupresión, relajación, visualización, respiración, masajes, técnicas de yoga y apoyo de pareja facilitado incorporado. La asignación al azar al ensayo se produjo a las 24-36 semanas de gestación, y los participantes asistieron a un programa de educación prenatal de dos días, más atención estándar o atención estándar sola.</p>	<p>Obtener información sobre las experiencias de mujeres, parejas y parteras que participaron en el Estudio de terapias complementarias para el parto y el parto, una medicina complementaria basada en la evidencia (CM) curso de educación prenatal.</p>	<p>El tema general identificado en los datos cualitativos fue dar sentido al parto y al nacimiento. Las mujeres usaron información sobre la fisiología normal del parto del curso para dar sentido al trabajo de parto y para utilizar las técnicas de CM para apoyar el parto normal y reducir las intervenciones en el parto. Mujeres, socios la experiencia de las parteras en el curso y su uso durante el parto dio lugar a temas de apoyo como: trabajando para lo normal; tener un juego de herramientas; y encontrar lo que función.</p>	<p>Cualitativa - Fenomenológico</p>	<p>El estudio de terapias complementarias para el parto y el parto proporcionó a las mujeres y se asocia con el conocimiento para comprender la fisiología del parto y el parto normales y les permitió use herramientas de MC basadas en evidencia para apoyar el nacimiento y reducir las intervenciones.</p>	<p>Considero que aporta considerablemente a la investigación y a los conocimientos.</p>	<p>Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlan HG. The Complement ary Therapies for Labour and. Birth Study making sense of labour and. birth - Experiences of women, partners and. midwives of a complement ary medicine antenatal education course. Midwifery. PubMed. [Internet]. 2016 [citado el 3 de octubre de 2019]; 40: p. 124-133. Disponible en: https://bit.ly/3aJsiqL</p>

42	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia no farmacológica mediante el uso de acupuntura en el parto. El parto natural es angustiante y el dolor y la ansiedad severos de la madre en esta afección pueden tener impactos negativos en el feto, la madre y el proceso de parto. Sin embargo, el dolor y la ansiedad pueden reducirse apoyando a la madre con una doula. .	Comparar los efectos de la atención de apoyo doula y la acupresión en el punto BL32 en el nivel de ansiedad de la madre y el resultado del parto.	Después de la intervención, se compararon las puntuaciones medias más altas y bajas del estado y las ansiedades del rasgo con el control y los grupos de atención de apoyo, respectivamente, y la diferencia fue estadísticamente significativa (P < 0,001). Una relación significativa se encontró entre la duración del parto y el puntaje de ansiedad de la madre después de la intervención en la atención de apoyo (P < 0,001) y el grupo control (P = 0,006). Sin embargo, esta relación no fue significativa en el grupo de acupresión (P = 0,425). Además, un significativo Se observó una diferencia entre los tres grupos con respecto al nivel de ansiedad de las madres (P = 0,009). El parto natural es angustiante y el dolor y la ansiedad severos de la madre en esta condición pueden tener impactos negativos en el feto, la madre y el proceso de parto. Sin embargo, el dolor y la ansiedad pueden reducirse apoyando a la madre con una doula.	Cuantitativo	Los resultados del estudio mostraron que la atención de apoyo y la acupresión de doula en el punto BL32 redujeron la ansiedad de la madre y la duración del parto. Por lo tanto, se recomienda utilizar métodos no farmacológicos durante el parto para mejorar los resultados del parto y crear una experiencia de parto positiva.	Considero que es un documento que muestra la eficacia de los tratamientos no farmacológicos.	Akbarzadeh M, Masoudi Z, Zare N, Vaziri F. Comparison of The effects of doula supportive care and acupressure at the BL32 point on the mother's anxiety level and delivery outcome. Irán J Nurs Midwifery Res. PubMed. [Internet]. 2015 [citado el 3 de octubre de 2019]; 20 (2): p. 239-246. Disponible en: https://bit.ly/35bMd0C
43	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia no farmacológica. El investigador principal aplicó TENS al grupo experimental durante 30 minutos a partir del comienzo de la fase activa del parto. Un segundo investigador evaluó los resultados tanto en el control como en los grupos experimentales. Ambos grupos recibieron atención perinatal de rutina.	Desarrollar las siguientes preguntas: en la fase activa de la primera etapa del parto, ¿la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) alivia el dolor o cambia su ubicación? ¿TENS retrasa la solicitud de analgesia neuroaxial durante el parto? ¿TENS produce algún efecto dañino en la madre o el feto? ¿Las mujeres en trabajo de parto están satisfechas con la atención brindada?	El resultado primario fue el cambio en la severidad del dolor al final del período de intervención. El instrumento utilizado para medir la intensidad del dolor antes y después de la intervención fue visual. Escala analógica (VAS). En la EVA, la severidad del dolor está marcada por participante en una escala con un rango de 1 a 100 mm, en el que 1 representa sin dolor y 100 representa la situación más dolorosa experimentación.	Cuantitativa – Ensayo aleatorio con asignación oculta	La TENS produce una disminución significativa del dolor durante el parto y pospone la necesidad de analgesia farmacológica para el alivio del dolor.	Es un documento que está completo, considero que ayuda a identificar diferentes estrategias no farmacológicas y que disminuye significativamente la utilización de medidas farmacológicas.	Santana LS, Gallo RB, Ferreira CH, Duarte G. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. PubMed. [Internet]. 2015 [citado el 16 de octubre de 2019]; 62 (1). Disponible en: https://bit.ly/35ghp9

44	Inglés	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica y farmacológica. El protocolo de Terapias complementarias para el parto y el parto, basado en los cursos de Nacimientos y acupresión para el parto y el parto, incorporó 6 técnicas de medicina complementaria basadas en evidencia: acupresión, visualización y relajación, respiración, masajes, técnicas de yoga y apoyo a la pareja facilitado. La asignación al azar se produjo a las 24-36 semanas de gestación, y las participantes asistieron a un programa de educación prenatal de 2 días más atención estándar, o atención estándar sola.	Evaluar el efecto de un prenatal programa de educación en medicina integral además la atención habitual para mujeres nulíparas en el parto uso epidural.	Hubo una diferencia significativa en el epidural uso entre los 2 grupos: grupo de estudio (23.9%) atención estándar (68.7%; razón de riesgo (RR) 0.37 (IC 95% 0.25 a 0.55), $p \leq 0.001$). Los participantes del grupo de estudio. Informó una tasa reducida de aumento (RR = 0.54 (IC del 95%: 0,31 a 0,87), $p = 0,017$); longitud de segunda etapa (diferencia media = -0.32 (IC 95% -0.64a 0,002), $p = 0,05$); cualquier trauma perineal (0.88 (IC 95% 0,78 a 0,98), $p = 0,02$) y reanimación de la recién nacido (RR = 0,47 (IC del 95%: 0,25 a 0,87), $p \leq 0,015$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativa con el trabajo espontáneo del parto, uso de petidina, tasa de hemorragia posparto, traumatismo perineal mayor (tercer lágrimas de cuarto grado / episiotomía), o admisión a unidad de cuidados especiales / unidad de cuidados intensivos neonatales ($p = 0,25$).	Cuantitativa – Ensayo aleatorio	Las terapias complementarias para Protocolo de estudio de parto y parto reducido significativamente uso epidural y cesárea. Este estudio proporciona evidencia para la medicina integrativa como un complemento efectivo a la educación prenatal, y contribuye al cuerpo de evidencia de mejores prácticas.	Considero que es un artículo complementario de las diferentes alternativas no farmacológicas que encontramos. Evaluando el efecto de un programa de educación prenatal de medicina integrativa además de la atención habitual para mujeres nulíparas en el uso epidural intraparto.	Kate M Levett, C A Smith, A Bensoussan, HG Dahlen. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. BMJ Open [Internet]. 2016 [citado 16 de octubre de 2019]. Disponible en: https://bit.ly/35kN6Uz
45	Portugués	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica, La hidrotterapia durante el parto puede promover sensación de relajación y alivio del dolor minimizando riesgos relacionados con el parto y las intervenciones farmacológicas. Es una técnica no invasiva de estimulación térmica de la piel. superficie asociada con la intensidad y el tiempo de aplicación, produce efecto local, regional y general y por lo tanto, se presenta como tratamiento complementario y alternativo para la práctica obstétrica.	Verificar la seguridad de la aplicación de hidrotterapia en el parto y describir la experiencia de las gestantes sometidas a esta intervención.	Mujer embarazada 1, primípara de parto anterior normal, después de la intervención hidrotérmica con temperatura del agua a 38,4 ° C, presentó una caída en la temperatura corporal de - 0.6 ° C y disminución de MAP de 93.3 mmHg a 83.3 mmHg. A menudo se mantuvo la dilatación respiratoria, del pulso y cervical sin cambios y los latidos cardiorrespiratorios no sufrieron cambios significativos. Informó dolor moderado, sin embargo agregando la expresión "dolor mejorado" después del procedimiento. No evolucionó a la entrega normal, la operación cesárea está indicada. Mujer embarazada 2, nulípara, sometida a hidrotterapia bajo temperatura. de agua a 36.6 ° C mostró una temperatura de 37 ° C, antes y después de la intervención, su dilatación cervical anterior fue de 6 centímetros de diámetro que presenta 8 centímetros en la segunda evaluación	Cualitativo – Estudio descriptivo y exploratorio	La hidrotterapia demostró ser una práctica segura, durante el parto puede promover sensación de relajación y alivio del dolor minimizando riesgos relacionados con el parto y las intervenciones farmacológicas.	Considero que es un artículo interesante ya que rectifica como mediante el uso de la hidrotterapia se puede disminuir el dolor de parto y tener una mejor satisfacción.	Manzoni SR, González Stelluti D, Vanda Aparecida M. Hidrotterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. [Internet]. 2009 [citado 16 de octubre de 2019]; 16 (19): p. 40-44. Disponible en: https://cutt.ly/GtAdKS

46	Portugués	Artículo de revisión	Estrategia farmacológica. La medicalización del parto se asocia con una mayor incidencia de cesáreas. Asimismo, la asistencia adecuada para el parto en la mayoría de los casos dará como resultado una resolución de embarazo vaginal. Al ayudar al primer período de parto, varias prácticas son tradicionalmente adoptado, pero sin una fuerte evidencia científica.	Realizar una búsqueda e la mejor evidencia disponible sobre la atención para el primer período de trabajo de parto.	Durante la primera etapa del parto, se adoptan comúnmente varias prácticas y procedimientos, pero sin una fuerte evidencia científica. Un Se realizó una revisión de la literatura buscando la mejor evidencia disponible con respecto al manejo de la primera trabajo de etapa Se consideraron varios puntos: lugar de parto, definición de riesgo, posición durante el parto, intervenciones como ayuno, afeitado, enema, acceso intravenoso, deambulación, uso de partograma, monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal, activo manejo con oxitocina y amniotomía de rutina, alivio del dolor con métodos no farmacológicos, epidural y analgesia combinada y soporte intraparto continuo.	Cualitativa – Fenomenológico	El ayuno, el enema y el afeitado son procedimientos que podría evitarse porque no hay evidencias de los beneficios de su utilización. Las mujeres embarazadas deben ser alentadas a deambular o adoptar su posición preferida durante la primera etapa del parto. Inmersión en agua y El apoyo intraparto continuo reduce el trabajo de dolor significativamente. La hipnosis y la acupuntura no son farmacológicas.	Considero que es un documento completo, en donde se evidencian diferentes alternativas y pasos para poder manejar el dolor.	Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. [Internet]. 2010 [citado 16 de octubre de 2019]; 38 (10); p. 527-537. Disponible en: https://bit.ly/2MSsryG
47	Portugués	Revisión sistemática bibliográfica.	Estrategia no farmacológica, haciendo revisión hacia los métodos no farmacológicos para disminuir el dolor de parto.	Evaluar los baños de inmersión, masajes y aromaterapia	Solo se encontraron 22 ECA que métodos evaluados clasificados como tecnología Duro a la luz. De estos, 12 fueron incluidos, porque cumplieron con los criterios de elegibilidad, y 10 fueron excluidos después de la evaluación de Calidad metodológica. Las parteras (enfermeras obstétricas) aplicaron el MNF en prácticamente todos los ECA, con el compañero participó en todos los estudios elegible que calificó el masaje como MNF alivio del dolor.	Cualitativa – Fenomenológico	De los resultados encontrados en el ECA, se puede concluir que para cada método Es necesario definir en qué etapa del período dilatante o activo, debe implementarse. El baño de inmersión tiene más beneficios que cuando se usa a partir de 3 cm de dilatación cervical, especialmente cuando se controla, juntos, el tiempo de ruptura de las membranas y permanencia en el agua porque todos estos parámetros pueden influir negativamente en los resultados tiempo neonatal y laboral. Este El método fue efectivo para reducir el dolor, independientemente de los parámetros mencionados anteriormente. Sin embargo, su aplicabilidad en el escenario La atención brasileña no es una realidad, un ya que no hay bañera instalada en la mayoría centros obstétricos. Por lo tanto, el cambio en la estructura física debe ser alentada con miras a los resultados positivos presentados.	Este documento hace entender que, aunque no todos los métodos son eficaces para disminuir el dolor de parto, pueden disminuir el estrés en las mujeres.	Ediane Gayeski M, Odaléa Brüggemann M. Métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Scielo. [Internet]. 2010 [citado 30 de noviembre de 2019]; 19 (4). Disponible en: https://cutt.ly/ctIDBlz

48	Portugués	Artículo de investigación	Estrategia farmacológica por medio de Doulas en el parto.	Conducir una meta síntesis de evidencia del trabajo de doulas ayudando a mujeres en trabajo de parto y durante la infancia nacimiento.	Se elaboró una síntesis que muestra la importancia de la participación de doulas con mujeres embarazadas y parturientas. Santos y Nunes entrevistaron a 16 profesionales es Instituto Perinatal de Enfermería. Bahía, que había estado en contacto con el doulas, para describir la idea de participación en la asistencia a mujeres en el lugar de trabajo. El estudio reveló que muchos las enfermeras no están preparadas para actuar como participantes en la implementación de políticas recomendado para el cuidado de la mujer en el contexto de maternidad Este hecho evidencia la necesidad de acciones educativas con el equipo de Enfermería, proporcionando discusiones que apoyan los límites de acción de doulas en el escenario buscado. Estos autores organizaron el datos en cuatro categorías: (a) caracterización del grupo de estudio - 16 profesionales de la salud mujer de 40 a 57 años con experiencia en trabajo de parto; (b) de idea de la realidad de la iniciativa "doulas en el parto" - la idea de implantación de doulas en sala de partos surgió de la junta del hospital incluso encontrando dificultades en el equipo múltiple desde la inserción hasta la implementación del programa chorro (c) instalaciones con presencia de doulas -se mencionó que jugaron papel importante, proporcionando el más cómodo tranquilidad, reducción de ansiedad y mantuvo un vínculo entre profesionales y pacientes haciendo que el miedo se rompa y realizó una entrega tranquila; (d) dificultades con la presencia de doula - para profesionales, la presencia de nuevos sujetos en la sala de partos resultó en reacciones positivas y negativas. No hubo interacción con el personal de enfermería ni con los otros profesionales que trabajaron en el centro obstétrico La falta de incentivos financieros. De la institución fue evidenciada por doulas como generando dificultades, como la falta de su papel y la disminución de la	Mixta – Meta síntesis	Los experimentos mostraron que los profesionales estimularon la recuperación madre / hijo relación, orientada hacia la lactancia y contribuyó a la prevención de post-Depresión del parto. Se observó controversia entre profesionales con respecto a la aceptación de papel de la doula como miembro de la obstetricia. El cuidado de la doula se consideró innovador, calmante, alentador y atendido a todas las necesidades de la mujer embarazada. La conclusión es que estudios cualitativos sobre el trabajo de doulas son escasos, pero revelador en cuanto a la importante posibilidad de humanizar el parto y el parto	Considero que es importante conocer el papel que tienen las doulas en el trabajo de parto ya que de esta manera se pueden empezar a implementar más la posibilidad y los beneficios para las parturientas que recibieron el apoyo de las doulas en las salas de maternidad en los otros espacios de asistencia a la mujer en el trabajo parto.	Raimunda Magalhães da S, Filice de Barrosll N, Furtado Herla J. Evidências qualitativas sobre o acompanha mento por doulas no trabalho de parto e no parto. Scielo. [Internet]. 2012 [citado 30 de noviembre de 2019]; 17 (10). Disponible en: https://cutt.ly/Lt1F99D
----	-----------	---------------------------	---	--	--	-----------------------	---	--	--

					participación este miembro del equipo, porque muchos las mujeres intentaban conseguir un trabajo en la institución después de un período de voluntariado, lo cual no estaba previsto.				
49	Español	Artículo Investigativo	El dolor de parto es un dolor agudo; presenta 3 tipos diferentes: dolor abdominal (contracciones), dolor en la región inferior de la espalda (contracciones) y un dolor continuo en la región inferior de la espalda. Los 2 primeros son de intensidad variable a medida que progresa el parto y el último es de mayor intensidad. El parto distócico aquel que es difícil, en el cual existen 2 tipos de distocias: las dinámicas y las mecánicas, en ambas, es habitual que se produzca sufrimiento fetal, lo que obliga a dar por finalizado el parto con urgencia, para evitar las lesiones fetales. Sin embargo, el parto distócico y la macrosomía fetal se han relacionado con una mayor sensación de dolor durante el trabajo de parto, sobre todo durante el primer estadio. Además, el uso de la analgesia epidural se ha asociado clásicamente a distocia.	Analizar y evaluar la efectividad de la analgesia epidural en el parto distócico frente al parto eutócico.	Cuanto mayor es el dolor al comenzar el parto, mayor es el riesgo de que finalice en cesárea. En el estudio concluyeron que las gestantes con peor control del dolor tras la analgesia epidural (con puntuaciones más altas en las escalas de dolor y con mayor administración de dosis de rescate) presentan más riesgo de cesárea que las que tienen un buen control del dolor. En 2 trabajos retrospectivos similares al presente estudio no se encontró correlación entre analgesia epidural y evolución del parto cuando se utilizó al obstetra como unidad de análisis. Por tanto, aunque parece claro que el bloqueo epidural aumenta la tasa de partos instrumentados, la magnitud de esta asociación puede estar influida por factores como el motivo de su indicación o el manejo obstétrico.	Cuantitativo - Estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo.	El bloqueo epidural aumenta la tasa de partos instrumentados, la magnitud de esta asociación puede estar intuido por factores como el motivo de su indicación o el manejo obstétrico. Se han encontrado evidencias de que, en las mujeres con analgesia epidural, un manejo obstétrico que retrase los pujos durante el expulsivo y que sea permisivo con su duración. Los pacientes que recibieron la epidural, que tuvieron partos distócicos presentaron la misma puntuación en la escala verbal abdominal del dolor que aquella que presentaron parto eutócico.	Este artículo proporciona una investigación clara y concisa respecto a cómo se debe utilizar la analgesia epidural y como puede ser una alternativa positiva en el momento de trabajo de parto. Por ello se debe tener en cuenta como una analgesia epidural puede ser una afectividad durante el trabajo de parto.	Sánchez Millagón E, Sánchez M, Raynard, A Miranda y R.M. Análisis y evaluación de la analgesia epidural y su relación con el parto eutócico o distócico. REAR. Kundoc [Internet]. 2016 [fecha de último acceso: 20 de agosto de 2019]. Disponible desde: https://bit.ly/2yAUj6H

50	Español	Artículo de revisión	Una causa frecuente de insatisfacción materna es el bloqueo motor producido por la analgesia regional y su consecuencia sobre la deambulación, la micción y el pujo materno. La analgesia epidural convencional (bupivacaina 0.25%) se asocia a mayor bloqueo motor, necesidad de monitorización y cateterización vesical. Esto lleva, como hemos visto, a un aumento del parto instrumental, prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto y necesidad de uso de oxitocina. Por esta razón, uno de los objetivos principales de la anestesia obstétrica es intentar disminuir el bloqueo motor de las pacientes.	Conocer las técnicas que establecen como analgesia en el momento del parto, en el cual se encuentra técnica de analgesia neuroaxiales, bloqueo motor, analgesia precoz o tardía, nos explican detalladamente en qué consiste cada una y como se puede llevar a cabo cada en el momento del trabajo de parto.	La técnica Combinada Espinal-Epidural (CEE) se inicia en la práctica clínica en 1984. Tiene como ventaja un rápido inicio de acción. Estudios iniciales que la compararon con Analgesia Epidural (AE) sugirieron que la CEE podría reducir la duración del trabajo de parto. Gambling y colaboradores mostraron un aumento en la incidencia de bradicardia fetal grave con CEE, dando como resultado un aumento en cesáreas de urgencia. La mayoría de las gestantes desean conocer cuál es el mejor momento para solicitar la analgesia sin que genere un impacto negativo en el resultado o duración del parto, las guías de práctica clínica antiguas sugerían esperar a una dilatación cervical de al menos 4 cm antes de iniciar la analgesia, para disminuir la intervención de una cesárea. La anestesia es uno de los descubrimientos más importantes, ya que esto permite que en el momento del parto sea menos doloroso para la mujer, se registró una mayor incidencia de parto instrumental y cesáreo en el cual es un efecto que podría erradicar el efecto de la analgesia sobre el piso pélvico.	Cualitativa. Estudio observación al estudio	La anestesia puede comenzar en cualquier momento del trabajo de parto, lo importante no es la dilatación sino el dolor. Es la madre quien decide cuánto dolor desea sentir y cuando comenzara la anestesia. Por otro lado, una frecuente de insatisfacción materna es el bloqueo motor producido por la analgesia regional y sus resultados sobre la deambulación, la micción y el pujo materno. La analgesia epidural convencional (bupivacaina 0.25%) se asocia a mayor bloqueo motor, necesidad de monitoreo de signos vitales y cateterismo vesical. Lo anterior origina a un aumento del parto instrumental, prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto y necesidad de uso de oxitocina; lo ideal de la anestesia obstétrica es intentar disminuir el bloqueo motor de las gestantes.	Este documento plantea en cómo la anestesia y cual han sido los importantes descubrimientos. Pero se debe enfocar en cómo esta anestesia se implementa en el momento del parto y cómo debe ser utilizada. Pero hay una claridad es que no hay una metodología clara sobre este artículo y cuál fue la población de mujeres que se le hizo este ítem.	Dr. Eugenio Canessa B; Dr. Rodrigo Añazco G; Dr. Jorge Gigoux M; Dr. Jorge Aguilera; Anestesia para el trabajo de parto. ResearchGate. [Internet]..2014. (Fecha de último acceso: 20 de agosto de 2019). Disponible desde: https://bit.ly/2MQ63G
51	Español	Artículo de revisión bibliográfica	El dolor es una sensación desagradable, subjetiva, que provoca malestar físico y emocional. Tiene ciertas connotaciones culturales, sociales y afectivas. Debemos hacer una distinción entre analgesia y anestesia. Analgesia es el alivio del dolor. Anestesia es la suma del alivio del dolor y pérdida de sensibilidad. Escogen la anestesia epidural, ya que está demostrado que es la medida más eficaz. Aunque su uso se asocia con el aumento de la fiebre materna, prolongación del parto, mayor necesidad de oxitocina y aumento en la instrumentación. Óxido nítrico: Se administra inhalado. Mezcla al 50% con oxígeno. Sirve para aliviar el dolor durante la dilatación y el parto, siendo una analgesia segura para el feto, pero de potencia moderada. Meperidina: dolantina, en ampollas de 2 ml (100mg). Opiode sintético. Se puede administrar intramuscular cuya dosis es 1 mg/Kg (el efecto máximo es a los 45 minutos) o intravenoso, 0,5-1mg/kg.	Dar a conocer a los profesionales y mujeres embarazadas alternativas analgésicas farmacológicas a la anestesia epidural.	Las alternativas, con evidencia científica de beneficio en el alivio del dolor de parto son: meperidina, óxido nítrico, apoyo / soporte durante el trabajo de parto y baño con agua caliente, inyección intercutánea en el rombo de Michaelis y posturas en la dilatación. Existen otras técnicas que, aunque no existe evidencia de que alivian la sensación dolorosa, reducen la ansiedad, como: acupuntura, hipnosis, masaje, relajación, aromaterapia y musicoterapia, que se pueden aplicar como coadyuvantes a otros métodos.	Cualitativo	Tiene como mayor efectividad la anestesia epidural: es importante, destacar otros métodos analgésicos alternativos como: La matrona como educadora de la mujer gestante, baño con agua caliente, inyección intercutánea, o bien por otro lado otros analgésicos de eficacia; los cuales disminuyen la ansiedad y dolor durante el trabajo de parto.	Este artículo tiene una meta clara en cómo se puede aliviar el dolor y específica como en lo farmacológico y no farmacológico se puede llevar un alivio de dolor durante el trabajo de parto.	Gómez ME. Analgesia alternativa a la anestesia epidural durante el parto. EneRE. [Internet]. 2009 [citado el 27 de agosto de 2019]; 3 (1). Disponible desde: https://bit.ly/2B2eWd0

52	Español	Artículo de investigación	La escala original, Depresión Anxiety Stress Scale (DASS) consta de 42 ítems divididos en tres escalas. Asume que los trastornos mentales son dimensionales y no categóricos, es decir que las diferencias en la depresión, la ansiedad y el estrés que experimentan los sujetos normales y con trastornos son esencialmente diferencias de grado. La aplicación de la técnica de la relajación se lleva a cabo en dos fases. En una primera fase, entre la semana 8ª y 20ª de gestación, el objetivo se centra en crear un clima de relajación en el que la mujer gestante aprenda a tomar conciencia de su cuerpo, centrándose en el presente, y a percibir las sensaciones que su cuerpo le transmite. La gestante puede modificar el normal funcionamiento de su sistema endocrino, generando un estado hiperactivo en las glándulas tiroideas y adrenales; las secreciones de dichas glándulas se dirigen al feto aumentando su ritmo cardíaco.	Evaluar los efectos de la práctica regular de una técnica de relajación en mujeres gestantes sobre variables emocionales y físicas: estrés, ansiedad, depresión, tasa cardíaca (TC) y presión arterial (PA)	En cómo la gestante puede guiar una técnica de relajación en mujeres gestantes sobre variables físicas y emocionales que reduce los niveles de estrés, ansiedad y depresión de mujeres embarazadas. La preparación de la gestante a lo largo de la experiencia del embarazo implica la atención a una cantidad de variables, no sólo biológicas sino también sociales, psicológicas y culturales, que dan lugar a la demanda de una red social que satisfaga la necesidad de apoyo para esta etapa. Teniendo en cuenta, en la psicología es prioritario atender a la transformación que las mujeres gestantes padecen con respecto a su autoestima, sentimientos de miedo, dudas, angustias o simplemente curiosidad por los cambios que se presentan.	Cuantitativo – Ensayo experimental y control	Los resultados de este estudio confirman hipótesis de partida apoyando la eficacia de la relajación en un grupo de mujeres embarazadas tanto en los niveles de ansiedad, depresión y estrés evaluados. La relajación ha mostrado ser una herramienta útil para la reducción de los estados de ansiedad y depresión durante el embarazo y, por tanto, su uso puede ser un vehículo que favorezca estados adecuados de bienestar y emocionalidad positiva, además, promover la vinculación afectiva de la madre gestante con el feto.	Este artículo no tiene una metodología clara en el cual sólo habla de los resultados que tuvieron con las gestantes a la edad de 18 y 38 años.	Benvinda Nereu M, Nieve de Jesús S, Casado Morales MI. Estrategias de relajación durante el periodo de gestación. Beneficios para la salud. CS. Scielo. [Internet]. 2013 [fecha de último acceso 29 de agosto de 2019]; 24 (2). Disponible desde: https://bit.ly/2UH5CTm
53	Español	Artículo de revisión bibliográfica	Se considera parto en agua el que se realiza en una bañera de partos, con una inmersión de las mujeres hasta nivel pectoral en agua caliente (36,5-37 °C), durante un máximo de 2 horas consecutivas, que cumplan los criterios de inclusión marcados (gestación de bajo riesgo obstétrico, registro cardiotocográfico normal, constantes vitales controladas y sin signos de infección. mostraron una disminución significativa del uso de analgesia en las mujeres que usaron hidroterapia durante el trabajo de parto La mayoría de los estudios revisados mostraron un aumento de los desgarros de primer (D1) y segundo grado (D2), con una reducción de episiotomías y de desgarros de tercer (D3) y cuarto grado (D4) en las gestantes que utilizaron hidroterapia.	Evaluar los factores positivos de hidroterapia en la gestante.	En que el uso de hidroterapia durante el parto parece disminuir la percepción del dolor y el uso de analgesia. Respecto a la relación de la hidroterapia con la hemorragia posparto, en 5 estudios no se observaron diferencias significativas, mientras que en otro se constató una disminución en el sangrado de las mujeres que realizaron un parto en agua. En relación con los parámetros neonatales, el uso de hidroterapia durante el nacimiento no parece afectar a las puntuaciones del test de Apgar, así como a los valores de pH de cordón umbilical, e incluso en uno de los estudios se obtuvieron mejores resultados en los bebés nacidos en agua.	Cualitativo	Respecto a la morbilidad neonatal, se valoró la aspiración de agua, la rotura de cordón umbilical y la infección. La inmersión en agua durante el trabajo de parto favorece la movilidad materna y, por ello, se adoptan posición más vertical; este hecho beneficia potencialmente la flexión de la cabeza fetal y conlleva un aumento de los partos espontáneos. Se observó una disminución en la tasa de cesáreas del 32,9% (n= 70) frente al 13,2% (n= 38), y en el estudio observacional de Burns et al.20, con 8.929 gestantes, un 58,3% de los partos espontáneos fueron en agua, y de éstos un 55,5% en mujeres nulíparas.	Este documento tiene una base clara en cómo podemos manejar el dolor durante el parto por hidroterapia y da un conocimiento claro y conciso en el tema.	Mallén Pérez L, Terré Rull C, Rivera Palacio M. Inmersión en agua durante el parto: Revisión bibliográfica. [Internet]. 2015 [citado el 03 de septiembre de 2019]; 16 (3): p. 108-113. Disponible desde: https://bit.ly/2JFisv8

54	Español	Artículo de revisión	La analgesia epidural es un pilar básico en las unidades del parto se espera obtener los beneficios para controlar el dolor durante el parto. Se puede medir el nivel de satisfacción de la paciente. Contempla tanto la respuesta afectiva a la experiencia cognitiva de esa respuesta emocional. Esta técnica ofrece muchas ventajas, entre ellas: control del dolor, mayor tolerancia a la exploración vaginal durante el período de dilatación, mayor colaboración de la paciente durante el período de expulsivo y disminución considerable de los riesgos con respecto a la anestesia general en el caso de urgencia-emergencia. Conlleva una serie de riesgos que deben ser conocidos por la paciente: analgesia insuficiente, cefalea, hipotensión, mayor riesgo de parto instrumentalizado y otros más raros como meningitis, lesiones nerviosas o anafilaxia.	Conocer el grado de satisfacción y las características sociodemográficas de las pacientes a las que se les realiza la técnica epidural para el trabajo de parto.	La analgesia epidural ofrece ventajas como el control del dolor, mayor tolerancia a la exploración vaginal durante el periodo de dilatación y una disminución considerable de los riesgos con respecto a la anestesia general en el caso de urgencia y emergencia. La influencia de estos dos últimos factores en la satisfacción posterior no es tan directa ni tan poderosa como la actitud y la atención del personal sanitario. El dolor y el alivio del mismo no tienen un papel tan importante en la satisfacción durante la experiencia del parto, a menos que las expectativas de las pacientes no se hayan cumplido Brown y Lumley recogen en su estudio sobre 1.336 pacientes que la tasa de insatisfacción ha sido mayor cuando los cuidados de la paciente no se han valorado tan positivamente o cuando la paciente sentía que no participaba en la toma de decisiones, que la tasa de insatisfacción debida a un alivio del dolor poco satisfactorio. Para finalizar no se debe olvidar que la calidad en un proceso tan importante y vital como es la analgesia en la asistencia al parto, se tiene que estar evaluando continuamente para ofrecer la mejor atención a las pacientes en un momento tan singular de sus vidas desde el punto de vista humano, físico y psicológico.	Cualitativo - Estudio descriptivo	Se recogieron 100 encuestas contestadas y con el consentimiento informado y firmado de las 105 que se había. Entregado, en el HUVN. El porcentaje de respuestas para las preguntas formuladas en cada encuesta fue del 100%. La edad media de las pacientes participantes en el estudio fue de 30,5 años; el 90,3% eran españolas y el 9,7% restante se repartía entre nacionalidades sudamericanas y de países del Este. La media del número total de hijos fue de 1,5 y el 42% de las pacientes habían recibido previamente analgesia epidural. El 92% de las pacientes se mostraron satisfechas con la analgesia epidural recibida, con un IC 95% de 87-97%	Específica claramente a que está enfocado y en cómo tiene los parámetros claros para la investigación lo más importante sabes de donde fue el estudio y cómo abordan el tema claro y conciso.	Marengo Arellano V, Ferreira E, Ramalle Gomara A, Crespo A. Valoración de la satisfacción materna con la analgesia epidural para el trabajo de parto. ClinikalKey. [Internet]. 2017 [fecha de último acceso 27 de agosto de 2019]; 26 (4): p. 251-255. Disponible desde: https://bit.ly/3aKWdZl
55	Inglés	Artículo de investigación	Los métodos no farmacológicos de alivio del dolor como la relajación muscular, técnicas de respiración, acupresión, terapia de masaje son preferibles a los métodos farmacológicos. Minimizan las complicaciones para la madre o el feto, proporcionan apoyo y mejoran la cooperación madre.	Comparar los efectos del masaje con hielo, la acupresión y el placebo para reducir la intensidad del dolor de parto en mujeres embarazadas de hospitales seleccionados en Teherán e Irán.	Los resultados de este estudio mostraron que el masaje de hielo en los puntos de acupresión redujo significativamente la intensidad del dolor de parto.	Cuantitativo – Estudio cuasi experimental	El masaje con hielo y las técnicas de acupresión redujeron el dolor durante el trabajo de parto el masaje con hielo proporcionó más persistente.	Hace una revisión exacta a lo que quiere llegar la investigación. Con eso mismo explica como en las etapas de trabajo de parto se usan estrategias no farmacológicas durante el proceso de parto.	Zahra H, Nir Masoud S, Abbas E, Afzali M, Ali Asgari M. Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. PubMed. [Internet]. 2012 [citado el 17 de septiembre de 2019]; 18 (3): p. 169-172. Disponible desde: https://bit.ly/3bLxXww

56	Inglés	Artículo de investigación	SP6 un acupuntor importante se utilizó para aliviar el dolor de parto en las mujeres en el proceso de trabajo de parto con acupresión en SP6 el tiempo total de trabajo (3cm de dilatación hasta el parto)	Evaluar los efectos de samjiyon (SP6) con el electroacupuntura sobre el dolor de parto en mujeres durante el proceso de parto.	Las puntuaciones del dolor de parto de las mujeres en grupo de acupuntura fueron menores que en el grupo control a la retención de la aguja a los 30 minutos ,2 y 4 horas después de la retirada de la aguja.	Estudio mixto – Ensayo aleatorio	SP6 con electroacupuntura podría ser una manera eficaz para disminuir el dolor de parto	Este artículo debe enfocarse más en el SP6 ya que no da la claridad con lo que quiere llegar con esto y cual es un enfoque en sí.	Wenzhu M, Wenjing Bai B, Caixia L, Liying Xi. Effects of Sanyinjiao (SP6) with electroacupuncture on labour pain in women during labour. PubMed. [Internet]. 2011 [citado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible desde: https://bit.ly/2yA3kgk
57	Inglés	Artículo de recolección de datos	Se han propuesto varias terapias complementarias y alternativas para aliviar el dolor de parto, incluyendo relajación muscular, técnicas respiratorias, acupuntura, acupresión, aromaterapia, terapia musical, terapia táctil, terapia de masaje, hipnosis, dieta, y las hierbas.	Comparar el efecto de dos tipos de métodos no farmacológicos de alivio del dolor: la terapia musical y el masaje de punto Hoku sobre la gravedad del dolor de parto.	Este estudio se realizó para comparar los efectos analgésicos de la musicoterapia y el masaje de hielo Hoku point en mujeres embarazadas iraníes	Cualitativo – Estudio comparativo	Mostró que tanto la terapia como el masaje de hielo Hoku tienen efectos similares en dolor de parto musicoterapia y Hoku punto de masaje de hielo son fácilmente disponibles que no dan lugar a efectos secundarios adversos para la madre.	Este artículo hace una gran señalización acerca de cómo el masaje de hielo da un diagnóstico positivo frente a la madre y como explica cómo se lleva a cabo esta terapia	Faranak Safdari D, Hossein R. Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. CTCP. PubMed. [Internet]. 2015 [citado el 17 de septiembre de 2019]; 21 (4): p. 229-232. Disponible desde: https://bit.ly/3aL55V5
58	Inglés	Artículo de revisión	La acupuntura ha sido documentada para tener muchas acciones en todo el cuerpo incluyendo, desactivación del sistema de red límbico-paralímpico-neocortical, que entre otras cosas es responsable de la percepción del dolor sensorial	Describir la revisión de la literatura actual que ha abordado los efectos de la acupuntura y la acupresión en los eventos intraparto.	El uso del acu presión para la reducción del dolor de parto fue consistente en la manera en que cuantifican y aplicaron la misma cantidad de presión con cada ciclo de acu presión.	Cualitativo	El uso de acupuntura y acupresión para las mujeres en el trabajo de parto tiene potencial para tratar muchas indicaciones y es consistente con el marco holístico de la atención obstétrica. La acupuntura se puede administrar sólo por un acupunturista con licencia, y la acupresión se puede administrar.	No se hizo un hallazgo conciso de la metodología por el cual no se puede identificar que estudio se realizó y cómo fue la recolección de datos.	Judith M. Schlaeger. Acupuncture and Acupressure in Labor. PudMed. [Internet]. 2016. [citado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible desde: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28002621/
59	Inglés	Artículo de investigación	La auriculoterapia, esta terapia pretende armonizar las funciones de los órganos, vísceras y enfermedades físicas y mentales, en base al reflejo que el estímulo de tales puntos ejerce sobre el sistema nervioso central de las agujas y la presión de las microesferas y semillas de vacaría en pacientes con dolor de espalda no especificado en la tensión primaria.	Evaluar los efectos de la auriculoterapia en el control del dolor y sus resultados en la duración del trabajo de parto.	No hubo significación estadística entre los grupos con relación al dolor; sin embargo, las mujeres del grupo de auriculoterapia presentaron menor intensidad y percepción del dolor a los 30, 60 y 120 minutos del tratamiento.	Cuantitativo - Ensayo aleatorizado, controlado, doble ciego con datos preliminares	Las parturientas que recibieron auriculoterapia presentaron tendencia a un mayor control del dolor y menor duración del trabajo de parto, pero la tasa de cesárea en ese grupo fue semejante a la del grupo control.	Se debe enfocar más en el método no farmacológico de la auriculoterapia, en qué consiste y ir más a fondo sobre cómo puede influir en la mujer gestante y también cómo puede disminuir el dolor en el trabajo de parto.	Mafetoni Reginaldo R, Shimo K. Efectos de la auriculoterapia sobre el dolor de parto: un ensayo clínico aleatorizado. REEU. Scielo. [Internet]. 2016 [citado el 08 de octubre 2019]; 50

									(5); p. 726 - 732. Disponible desde: https://bit.ly/2BZrVwN
60	Inglés	Artículo investigativo	El presente ensayo controlado aleatorizado se llevó a cabo para determinar y comparar el efecto de la acupresión LI4 y BL32, entre sí y grupo de control sobre la gravedad del dolor en la fase activa de la primera fase del parto y los resultados del parto.	Comparar el efecto de la acupresión LI4 y BL32 entre sí y el grupo de control sobre el dolor de parto y los resultados del parto.	La acupresión en el punto BL32 fue superior al punto LI4 en el alivio del dolor en la primera y segunda intervención, pero no en la tercera. No se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa en los resultados de la ejecución.	Mixto – Ensayo experimental	La acupresión en los puntos BL32 y LI4 es eficaz para reducir el dolor de parto en comparación con el grupo control con una ligera superioridad para los puntos BL32.	Sobre este artículo específico a fondo como estos puntos son relevantes en el momento durante el trabajo de parto y como son una alternativa positiva para reducir el dolor.	Ozgoli G, Mobarakabadi S, Heshmat R. Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial. CTM. PubMed. [Internet]. 2016 [citado el 10 de octubre de 2019]; 29: p. 175 - 180. Disponible desde: https://bit.ly/3fbse5K
61	Inglés	Artículo de investigación	Las estimulaciones somáticas son masaje que la mujer hace ella misma y se coloca en estos sitios (pie, cintura, espalda, cuello), aplicación de calor y frío, TENS, inyección intradérmica, hidroterapia y aromaterapia. Con ayuda de una persona que esté en el momento con la mujer.	Evaluar el efecto del masaje lumbar sobre el dolor y el parto percibidos.	La primera puntuación media del VAS fue de 5,2 0,9 y 7,3 1,3 para los grupos de masaje y control, respectivamente. La segunda puntuación de VAS se encontró como 6,6 1,6 en el grupo de masaje y 8,8 1,0 en el grupo de control. La tercera puntuación del VAS fue significativamente mayor en el grupo control que en el grupo de masaje durante la tercera evaluación (9,2 2,4 vs 6,7 2,7) (p < 0,05).	Mixto – Ensayo experimental	Se determinó en el estudio que el masaje lumbar tiene un impacto significativo en la reducción del dolor de parto y el aumento de la satisfacción con el nacimiento. Pueden utilizar la intervención de masaje para disminuir el dolor, acortar el tiempo de parto y aumentar la satisfacción con la experiencia de parto	Sobre este documento tiene algo positivo y es que habla claramente sobre cómo llevar un impacto sobre el masaje lumbar para la disminución del dolor en el trabajo del parto y puede causar una satisfacción positiva en la mujer	Seda Unalmis E, Emre Y, Asli G. Effects of Low Back Massage on Perceived Birth Pain and Satisfaction. CTCP. PubMed. [Internet]. 2017 [citado el 09 de octubre de 2019] p. 169 - 175. Disponible desde: https://bit.ly/2ZkzO86
62	Inglés	Artículo recolección de datos	La hidroterapia se utiliza para el tratamiento del dolor no farmacéutico y para promover el parto natural. Proporciona una mejor transición del útero al ambiente exterior para el infante.	Verificar la eficacia de la hidroterapia teniendo en cuenta la gestación.	La hidroterapia durante el parto se describe como inmersión en agua tibia suficiente profunda como para cubrir completamente el abdomen de una madre embarazada durante la primera etapa del embarazo.	Cualitativo	La inmersión en agua tiene beneficios de la perfusión uterina, relajación muscular, disminución de la ansiedad y disminución de los niveles de catecolamina, facilitando así la progresión del trabajo de parto.	En el siguiente artículo se observa que no está complementando los parámetros que son una conclusión, una metodología clara y un objetivo. Tampoco hace referencia en que existe la hidroterapia.	Heather Dyes M. Overview of hydrotherapy during labor. Ebscohost [Internet]. 2017 [citado el 27 de octubre de 2019]; 32 (4): p. 45 - 47. Disponible desde https://bit.ly/2Yvtryp

63	Inglés	Artículo de investigación	Intervenciones no farmacológicas, tales como palpación y masaje, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, inyección de agua intradérmica, aplicación de compresas de calor y frío, hidroterapia, y acupuntura se utilizan durante el parto.	Evaluar las perspectivas frente al trabajo de parto para así dar a conocer las diferentes estrategias.	Como resultado de escuchar previamente sobre las experiencias de trabajo de parto, las mujeres embarazadas tenían prejuicios y preocupaciones con respecto al proceso de trabajo de parto.	Cualitativo-Ensayo experimental	El dolor incontrolado causa malestar en la madre y el feto. Hoy en día, el dolor de parto es conocido como un proceso normal para la madre sana, el feto y el recién nacido. Generalmente ocurre en el sistema respiratorio, el sistema cardiovascular y los sistemas límbicos neuroendocrinos, similares a otros dolores agudos.	En el siguiente artículo se evidencia una gran cantidad de información en el cual da la información relevante y concisa sobre el tema. Pero debe enfocarse en cómo las intervenciones no farmacológicas y explicarlas cada una.	Yasemin H. The Effect of Acupressure Applied to Point L14 on Perceived Labor Pains. PubMed. [Internet]. 2017 [citado el 27 de octubre de 2019]; 31 (3): p. 167 - 176. Disponible desde: https://bit.ly/2UMd9k5
64	Inglés	Artículo de recolección de datos	Flotabilidad de la inmersión en agua proporciona a la mujer un movimiento más fácil y se ha encontrado que optimiza la progresión del trabajo de parto, reporta contracciones menos dolorosas y un trabajo de parto más corto. La investigación actual ha encontrado beneficios de relajación, alivio del dolor, reducción de la duración del trabajo de parto, intervenciones reducidas, aumento del parto espontáneo y reducción de las lágrimas perineales de primer y segundo grado.	Identificar las zonas dolorosas durante el trabajo de parto.	Este proceso instruye a la mujer para identificar las áreas dolorosas con el fin de reemplazar el dolor con sensaciones reconfortantes. Ejercicios de relajación en general se asociaron con dolor reducido durante la latente y fase activa del trabajo de parto.	Cualitativo	Ilustra el uso de muchas terapias médicas naturales o complementarias y alternativas utilizadas en el manejo del dolor durante el trabajo de parto.	Debe enfocarse más en el tratamiento no farmacológico y farmacológico como darle una prioridad más amplia.	Henline Sullivan D. Natural Labor Pain Management. IJCE. Ebscohost. [Internet]. 2015 [citado el 27 de octubre de 2019]; 30 (2). Disponible desde: https://bit.ly/2YuE8AW
65	Inglés	Artículo de investigación	Hay pruebas adecuadas para apoyar algunos métodos para la reducción del dolor durante el trabajo de parto, como el apoyo continuo del trabajo de parto, baños, bloques de agua intradérmica, y el uso de posiciones especiales por la madre. Sin embargo, en estudios posteriores se requieren métodos como acupuntura, masaje e hipnosis. Las técnicas respiratorias y la aromaterapia podrían reducir la duración de la fase activa y la segunda fase del trabajo de parto.	Evaluar el efecto de la auriculoterapia en el dolor de parto, la duración de la fase activa y la tasa de episiotomía entre las mujeres iraníes en edad reproductiva.	Hay pruebas adecuadas para apoyar algunos métodos para la reducción del dolor durante el trabajo de parto, como el apoyo continuo del trabajo de parto, baños, bloques de agua intradérmica, y el uso de posiciones especiales por la madre.	Cuantitativo	La auriculoterapia es segura, rentable y sin efectos secundarios para reducir el dolor de parto, la duración de la fase activa y la tasa de episiotomía en mujeres nulíparas. Este método puede ser considerado como una medicina complementaria en el trabajo de parto.	Es un documento completo en el cual habla a fondo sobre este método y da una explicación breve sobre auriculoterapia.	Parvin A, Hoda R, Mahboobeh V. The effect of Auriculotherapy on labor pain, duration of activity, Phase and rate of episiotomy among women of reproductive age. FRH. PubMed. [Internet]. 2017 [citado el 27 de octubre de 2019]; 11 (4): p. 185 - 190. Disponible desde: https://bit.ly/2x3100U

66	Portugués	Artículo de investigación	Las diversas corrientes de pensamiento y los avances científicos y tecnológicos han contribuido a la comprensión del marco álgido y a la implementación de medidas analgésicas, sean o no de naturaleza farmacológica. El dolor del trabajo de parto corresponde a la experiencia sensorial y afectiva, individual y compleja	Conocer la percepción del control del dolor en parturientas que realizaron PPN, comparándola con la de las parturientas que no realizaron PPN.	Los resultados obtenidos apuntan a que el método Psicoprofiláctico de PPN influye positivamente en la percepción de la experiencia del nacimiento y el control del dolor.	Cuantitativo – Estudio cuasi experimental	La Preparación Psicoprofiláctica para el Nacimiento proporciona el estímulo específico para lidiar con el dolor, con menor uso de analgésicos y menos mujeres que muestran situaciones de cansancio, dolor insoportable o pánico. Incluye en la percepción del dolor, si la mujer se siente capaz de controlar el dolor la sensación de dolor disminuye porque la autoestima aumenta.	El siguiente artículo se puede observar que no se enfocando en el tema farmacológico y no farmacológico. Se deben priorizar más en este punto ya que el título nos habla el dolor del parto, un desafío que superar. Entonces el punto sería el no farmacológico.	Frías A, Franco V. El dolor del parto ¡Un desafío que superar! RS. Redalyc. [Internet]. 2010 [fecha de último de acceso 29 de noviembre de 2019]; 2 (1): p. 53 - 61. Disponible desde: https://bit.ly/3cXb6Qc
67	Portugués	Artículo recolección de datos	Ya que contribuye al bienestar físico tanto de la madre como del feto. Fármacos, analgesia epidural, bloqueos anestésicos locales, acupuntura, métodos psicoprofilácticos y estimulación eléctrica transcutánea del nervio (TENS) son algunas de las alternativas para reducir el dolor durante el trabajo de parto.	Realizar una revisión sistemática de la evaluación de la eficacia del TENS.	Nueve estudios, incluyendo 1076 mujeres embarazadas, fueron seleccionados. No hubo diferencias significativas entre los grupos en el alivio del dolor del parto. No se observaron pruebas de la interferencia de la EET en ninguno de los resultados, excepto en el deseo de la parturienta de utilizar la EET en futuros partos.	Cuantitativo – Ensayo metanálisis	El uso de la EET no ha demostrado ningún impacto en la madre o el concepto y ninguna influencia en el trabajo de parto. Según los resultados de esta revisión, no hay evidencia de que la EET reduzca el uso de analgesia complementaria.	Este artículo no tengo nada que resaltar. Ya que se enfoca en el tratamiento no farmacológico el que más menciona es el TENS. Como este método puede influir durante el trabajo de parto.	Larissa FD, Mello LF, Nóbrega Lemos A. Estimulación eléctrica transcutánea para el alivio del dolor durante el trabajo de parto: revisión sistemática y metanálisis. RBF. Redalyc. [Internet]. 2011 [fecha de último de acceso 29 de noviembre de 2019]; 15 (3): p. 175 - 184. Disponible desde: https://bit.ly/35hAUE0
68	Portugués	Artículo de revisión	El proceso de nacimiento de un niño es considerado un fenómeno complejo e importante para la mujer y la familia, ya que implica aspectos psicológicos, físicos, sociales, económico culturales. Pero, la asistencia a la mujer durante el parto sigue siendo objeto de gran medicalización.	Analizar las producciones científicas relacionadas a los métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante trabajo de parto y parto, por medio de una revisión integral de la literatura desarrollada por medio de las bases de datos Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS) y Scientific Electronic Library Online (SciELO).	Se identificaron 25 estudios en la base de datos LILACS, tras un análisis detallado, 19 se adecuaban a los criterios de inclusión y exclusión.	Cualitativo	se centraron en: movilidad, hidroterapia, crioterapia, estimulación eléctrica transcutánea, técnicas de respiración y relajación. La reducción del miedo y el uso de analgésicos y anestésicos permiten consagrar el posible uso de estas terapias	El siguiente artículo no habla claro sobre el tratamiento no farmacológico ya que no se centra en el tema que está hablando, se debe enfocar como esto debe influir en el trabajo de parto y hablar de cada acupresión	Franco de Silva E, Rejane Satrapasson M. Santos C.A. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto. REDU. Researchgate. [Internet]. 2011 [fecha de último de acceso 29 de noviembre de 2019]; 1 (2). Disponible desde: https://bit.ly/3aPlwjs

69	Portugués	Artículo de revisión	La técnica de acupresión es una variación de la acupuntura que implica la presión con uno de los dedos de forma leve o de media intensidad, aplicando un masaje circular en la piel o mantenerse firme y constante en puntos específicos, en su mayoría bilaterales, sin el uso de agujas.	Buscar evidencias disponibles en la literatura que hablan acerca del uso de la acupresión durante la evolución del parto y alivio del dolor.	La búsqueda bibliográfica se realizó en agosto de 2012, siendo la muestra final de esta revisión integradora constituida por 10 artículos.	Estudio cualitativo.	Esta revisión integral permitió dar visibilidad a las producciones brasileñas sobre los métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante trabajo de parto y parto.	Este artículo no da un concepto claro, esto quiere decir es un artículo sin entender.	Roque Mafetoni R, Keiko Kakuda A. El uso de la acupresión para la evolución del parto y el alivio del dolor. RCE. ResearchGate. [Internet]. 2013 [fecha de último acceso 29 de noviembre de 2019]; 18 (2): p. 365 - 371. Disponible desde: https://bit.ly/3ga2sPT
70	Portugués	Artículo de revisión	Es esencial que se aprovechen los cuidados de alivio del dolor no farmacológicos, ya que son más seguros y conllevan menos intervenciones. Además, el dolor puede aliviarse utilizando sólo estas tecnologías de cuidado, retomando el significado fisiológico que el parto debe representar para la madre y el recién nacido.	Evaluar la efectividad de métodos no farmacológicos en el alivio del dolor en el trabajo de parto. La búsqueda de las publicaciones es ocurrió en BDNF, Pubmed, LILACS y Cochrane Library, con selección de 2007 a 2012. Se analizaron siete estudios que evaluaron los métodos no farmacológicos y que cumplieron los criterios de elegibilidad. El masaje, la aromaterapia, el baño de inmersión, la acupuntura y la acupresión son métodos eficaces para aliviar el dolor en el trabajo de parto, ya que además de reducir la percepción del dolor, aún reducen los niveles de ansiedad y estrés.	Se trata de una revisión sistemática (RS), ya que reúne, de forma organizada, gran cantidad de resultados de investigaciones clínicas sobre la efectividad de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor de parto y ayuda en la explicación de diferencias encontradas entre estudios primarios que investigan esa misma cuestión	Cualitativo	El análisis de los estudios evidenció que el masaje, aromaterapia, baño de inmersión, acupuntura y acupresión son métodos eficaces para aliviar el dolor en el trabajo de parto, pues además de disminuir la percepción dolorosa, También reducen los niveles de ansiedad y estrés.	Este artículo evidencia una buena explicación clara de cada uno de estos métodos.	Borges Osorio SM, Gomes da Silva L, Oliveira Nicolau A.I. Assessment of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor. RREN. Redalyc. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso 29 de noviembre de 2019]; 15 (1): p. 174 - 184. Disponible desde: https://bit.ly/3g9bL2t

71	Español	Artículo de revisión	El dolor durante el parto es uno de los factores que genera mayor ansiedad y temor en las gestantes, razón por la cual se suele optar por intervenciones no farmacológicas como la acupuntura, técnica de Medicina Tradicional China la cual es costo efectiva, segura y accesible. La importancia de las sustancias vitales (energía y sangre) durante la conducción del parto, así como su relación con el efecto analgésico de acupuntura. De igual manera, se encontró que la acupuntura favorece el parto vaginal, a la vez reduce las dosis de oxióticos, analgésicos y anestésicos.	Evaluar el efecto analgésico de la acupuntura para el manejo del dolor en ginecología.	El dolor se suele definir como sensación de incomodidad, reflejo protector necesario para la supervivencia y experiencia con 2 componentes: sensorial y afectivo motivacional; en donde el componente sensorial tiene relación con la intensidad del estímulo, mientras que el afectivo motivacional es la respuesta de huida provocada por la sensación que genera el impulso doloroso.	Cualitativo	La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea sobre puntos de acupuntura como IG 4, PC6 en primigestantes disminuye el dolor durante la fase activa, mientras que la digito puntura en IG4 y el electroacupuntura han demostrado ser efectivas en el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Es importante la investigación tanto cualitativa como cuantitativa acerca del uso de acupuntura en el manejo del dolor durante el trabajo de parto.	Se sugiere hablar un poco más a fondo sobre este manejo para aliviar el dolor en el trabajo de parto. La MTC recomienda cambios en el estilo de vida durante el embarazo, así como el uso de acupuntura en puntos específicos que fortalezcan la energía y la sangre en el útero, órganos viscerales y canales para llevar a cabo partos efectivos y sanos. Por lo tanto, el uso de acupuntura para el manejo del dolor durante el parto debe estar centrado en tonificar las sustancias vitales, para evitar su deficiencia y controlar su adecuado flujo durante esta etapa del embarazo.	Díaz V, Macías M. Uso de acupuntura en el manejo de dolor durante el trabajo de parto. RIA. ClinicalKey. [Internet]. 2013 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 7 (1): p. 21 - 25. Disponible en: https://bit.ly/39UUw1i
72	Español	Revista científica	El trabajo de parto y el parto constituyen situaciones de estrés físico y emocional para la madre. El dolor originado por la contracción uterina durante la fase inicial del parto, así como por la compresión de las estructuras durante el período expulsivo es y ha sido descrito por la mayoría de las mujeres como muy intenso o insoportable, capaz de generar toda una serie de cambios en la fisiología materna.	Evaluar la analgesia epidural como método para aliviar el dolor realizando estudios.	La administración de analgesia epidural lumbar es un método reconocido para el alivio del dolor del parto, que disminuye el estrés y ayudaría a evitar la crisis, entre otras ventajas. Si bien el bloqueo analgésico neuroaxial por la vía epidural no es parte de la terapéutica del AEH, se ha demostrado su utilidad en las pacientes de riesgo, donde el estrés del trabajo de parto puede desencadenar complicaciones e incluso, evitar las derivadas de la anestesia.	Cualitativo	El trabajo de parto y el parto constituye de estrés físico y emocional para la madre. El dolor originado por la contracción uterina durante la fase inicial del parto, así como por la compresión de las estructuras durante el período expulsivo es y ha sido descrito por la mayoría de las mujeres, como muy intenso o insoportable, capaz de generar toda una serie de cambios en la fisiología materna, entre los que se encuentra el aumento en la secreción de catecolaminas.	Resaltó la importancia de las técnicas de la analgesia epidural son buenas para ayudar al estado situacional físico y emocional para la madre, pero sugiero que se debe hablar un poco más de este tema. El angioedema hereditario es una afección genética infrecuente, caracterizada por episodios recurrentes de edema desfigurante cutáneo benigno, crisis dolorosa abdominal aguda, hasta un alarmante laringoespasma con peligro inminente.	Domínguez R, Carmona R, Cruz O. Analgesia epidural para el alivio del dolor de parto en pacientes con angioedema hereditario. Medigraphic. [Internet]. 2018 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 22 (1): p. 88-91. Disponible en: https://bit.ly/2WeYwoC
73	Español	Artículo de investigación	El dolor experimental de las mujeres en el proceso de parto se asocia a razones físicas o culturales, abarca con la analgesia neuroaxial que es el método más empleado para aliviar el dolor.	Identificar la importancia del método durante el trabajo de parto.	Con este método no se relataron eventos adversos perjudiciales para la parturienta y el feto. El dolor experimentado por las mujeres durante el parto se puede asociar a razones físicas, influencias culturales, religiosas, sociales, etc. La analgesia neuroaxial es el método farmacológico más popularizado para el alivio del dolor, puede ir acompañado de complicaciones como hipotensión, retención urinaria, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental.	Cualitativo	Se debe conocer los efectos y la seguridad de las alternativas no farmacológicas para el manejo del dolor. El uso de los tratamientos complementarios no farmacológicos para el alivio del dolor en el trabajo de parto está cogiendo un mayor peso entre las consumidoras de todo el mundo.	Este artículo me pareció interesante porque abarca alternativas no farmacológicas para el manejo del dolor, pero sería óptimo si se indaga con profundidad, para así poder tener un adecuado manejo frente al dolor en el trabajo de parto y parto.	Caballero V, Santos P, Polonio L. Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. [Internet]. 2016 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 13 (85). Disponible desde: https://bit.ly/3dZY4Tk

74	Español	Artículo de investigación	El dolor puede ser una experiencia biológica, una vivencia fuertemente moldeada por aspectos sociales y culturales que configuran una forma de percibirlo e interpretarlo.	Determinar las diferentes experiencias de las mujeres en el momento del parto, en la fase del dolor o en el sufrimiento del fenómeno desde su inicio hasta el final.	En el presente apartado expondremos aquellos aspectos que, desde la experiencia de las mujeres, fueron configurando su vivencia respecto al dolor y las decisiones que se fueron tomando sobre su manejo. En primer lugar, aparece una sensación de incertidumbre respecto a la duración del proceso que se traduce en una acción preventiva o anticipatoria por parte de las mujeres y deciden pedir la anestesia epidural anticipándose a un futuro en el que se piensa que no se podrán aguantar más los dolores.	Cualitativa – Enfoque descriptivo	El sufrimiento del dolor es mucho más amplio en diferentes contextos, donde se debe realizar un manejo del dolor a nivel hospitalario. Desde esta perspectiva, el parto es entendido como un evento sujeto a numerosos riesgos y por lo tanto se ha tendido a administrar medicamentos.	Considero que se debe indagar a profundidad sobre este fenómeno en su fase de inicio y final, para poder obtener una estrategia para las mujeres, en el cual se brinde un cuidado holístico en estas etapas. Las intervenciones apuntan a resolver principalmente el tema del dolor y la duración del proceso (epidural, uso de oxitocina), asumiendo como objetivo que éste resulte corto e indoloro.	Núñez P. Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. Dialnet. [Internet]. 2014 [citado el 29 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://bit.ly/2W6gFFc
75	Español	Artículo de revisión	Los avances científicos en la actualidad en el área obstétrica proporcionan una mejor idea sobre la comprensión del mecanismo responsable del dolor durante el proceso del parto y la percepción del estímulo doloroso, el cual puede ser tratado por medio de medidas farmacológicas y no farmacológicas.	Verificar las medidas y recursos para el control del dolor durante el parto, así como otros tipos de dolor que han sido estudio de debate durante el proceso del parto.	Entre las medidas farmacológicas encontramos el uso de la analgesia epidural o epidural combinada y entre las medidas no farmacológicas son conocidas la terapia herbal, masajes, quiropráctica, acupuntura, aromaterapia, hidroterapia, aplicaciones magnéticas, ejercicios respiratorios y musicoterapia.	Cualitativa – Enfoque descriptivo	Se acreditan resultados en la aplicación de las estrategias no farmacológicas en el proceso de parto ya que otras estrategias no farmacológicas son descritas en la literatura a un que sus formas de aplicación no muestran un nivel de evidencia significativa en la práctica en relación con el alivio del dolor, no todas las estrategias no farmacológicas fueron eficaces, más disminuyeron el uso de drogas analgésicas y la administración de oxitocina en las parturientas. Además de esto, otro aspecto interesante es el que no se relataron eventos adversos perjudiciales para la parturienta y el feto.	Este artículo abarca algunas estrategias no farmacológicas que ayudan en el alivio de dolor en el proceso de parto, sin embargo, sugiero revisar más a profundidad las estrategias escritas en la literatura en cuanto a las experiencias que se tienen para el manejo del dolor en el trabajo de parto. De esta forma, la garantía de control del dolor de la gestante durante el proceso de parto por medio de estrategias no farmacológicas que presentan evidencia científica de eficacia favorecerá una asistencia obstétrica humanizada con la promoción de seguridad y de calidad.	Saertori A, Vieira F, Almeida N. Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. Scielo. [Internet]. 2011 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 10 (21). Disponible en: https://bit.ly/3f6wsj

76	Español	Artículo de investigación	La práctica de administrar fármacos hasta el punto de la amnesia y la inconsciencia que origina una notable depresión en el neonato fue sustituida en gran medida por el empleo racional de la analgesia regional, particularmente por el bloqueo epidural lumbar.	Identificar la fisiología del dolor durante el trabajo de parto.	Los anestésicos locales y los narcóticos constituyen dos grandes pilares para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y aunque ambos grupos de drogas han demostrado innegables ventajas que los hacen de gran utilidad en la obstetricia, no están exentos de riesgos y efectos adversos sobre el recién nacido. La analgesia epidural para el trabajo de parto, a pesar de sus detractores cobra adeptos cada día. Su repercusión sobre el neonato constituye uno de los puntos polémicos y controversiales.	Cuantitativa. Estudio comparativo prospectivo	En la realización del estudio a las maternas con la analgesia lumbar se proporcionaron unos medicamentos con una dosis inicial de fentanilo bupivacaína, donde después de esto se realizó una evolución neuroconductual a los recién nacidos a los 50 minutos y a las 2 horas. Para evidenciar que problemas puede causar estos medicamentos a nivel neurológico del recién nacido. Entre los parámetros seleccionados para la prueba de NACS, se encuentran aquellos que son afectados de forma indiscutible por la medicación obstétrica, la asfíxia perinatal y el traumatismo obstétrico. De ahí la importancia del empleo de esta prueba cuando se utiliza alguna forma de analgesia para el parto.	En este artículo mencionan un punto importante y es el de saber qué efectos pueden tener ciertos medicamentos como el fentanilo y la buscapina en el neonato, aunque considero que se debe profundizar más sobre los efectos a nivel neurológico y neuroconductual del recién nacido. De acuerdo con los resultados las diferencias obtenidas entre los tres grupos no fueron estadísticamente significativas. Si tenemos en cuenta que en dos de los grupos las madres recibieron analgesia, se puede inferir que la técnica empleada no tuvo repercusión negativa sobre los neonatos.	Gómez Hernández A, Domínguez Pérez B, Exposito Camacho A. Analgesia durante el trabajo de parto y su influencia sobre el estado neuroconductual del recién nacido. Scielo. [Internet]. 2009 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 8 (2). Disponible en: https://bit.ly/3f671Li
77	Español	Artículo de investigación	La fisioterapia obstétrica tiene como fin la prevención de las alteraciones y complicaciones que pueden darse durante la gestación, el parto y el posparto, así como su tratamiento mediante la utilización de distintas técnicas fisioterapéuticas.	Facilitar medidas preventivas y terapéuticas para las posibles alteraciones del embarazo, el parto y el posparto. Dar a conocer los factores de riesgo que pueden desencadenar dichas alteraciones.	El tratamiento fisioterapéutico aplicado es efectivo y positivo en alteraciones propias del embarazo, tales como dolor lumbar y pélvico, diástasis de los rectos abdominales, distensión del suelo pélvico e incontinencia urinaria; su efectividad también se demuestra en las alteraciones del parto, consiguiendo una disminución del traumatismo perineal. La fisioterapia obstétrica tiene como fin la prevención de las alteraciones y complicaciones que pueden darse durante la gestación, el parto y el posparto, así como su tratamiento mediante la utilización de diversas técnicas fisioterapéuticas.	Cuantitativa. Estudio retrospectivo	El ejercicio físico, los estiramientos, la utilización de maso terapia, electroterapia, hidroterapia, termoterapia y fisioterapia respiratoria resultan beneficiosas como prevención y tratamiento de las complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto. El tratamiento fisioterapéutico aplicado es efectivo y positivo para las alteraciones derivadas del embarazo, como el dolor lumbar y pélvico, la diástasis del recto abdominal, la distensión del suelo pélvico y la incontinencia urinaria.	Resultó la importancia del tratamiento fisioterapéutico aplicado en las alteraciones propias del embarazo y en el dolor lumbar y pélvico, pero sería interesante realizar más búsquedas sobre este tratamiento y así obtener resultados efectivos. Su efectividad también se demostró en las alteraciones del parto, logrando una disminución del trauma perineal.	Romero Morante M, Jiménez Reguera B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. ClinicalKey. [Internet]. 2016 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 32 (3): p- 123-130. Disponible en: https://bit.ly/34k5xby

78	Español	Artículo de investigación	El dolor obstétrico tiene características muy peculiares, puede ser severo como para compararlo con una amputación traumática de un dedo; aunque esa percepción puede variar de paciente a paciente, según su raza, condición socioeconómica, paridad, estadio del trabajo de parto. La técnica que ha ganado popularidad es la analgesia obstétrica combinada subaracnoidea-epidural, también llamada analgesia ambulatoria, por la posibilidad de deambulación en la paciente; consiste básicamente en la administración de anestésicos locales u opioides solos o en combinación en el espacio subaracnoideo, más la colocación de un catéter en el espacio epidural.	Identificar la importancia de las teorías del dolor para entender su etiología.	La aromaterapia se basa desde una teoría del efecto curativo de las plantas, puesto que son administradas en forma de aceite, aunque los estudios no han demostrado cambios a nivel de frecuencia cardíaca o presión arterial. Las técnicas de relajación se basan en el desarrollo de la conciencia sobre la tensión muscular, enfocándose en la respiración, la meditación y de pensamientos positivos.	Cuantitativo. Estudio transversal	Determinar si la técnica combinada espinal-epidural con la administración de una dosis de fentanilo subaracnoideo proporciona una mayor satisfacción en la relación con la técnica epidural con anestésico local más fentanilo. Existen dos métodos para el control del dolor obstétrico: no farmacológicos y métodos farmacológicos. Los métodos no farmacológicos están encaminados primordialmente a hacer frente al dolor y sufrimiento a través, de mejorar los componentes psicoemocionales y espirituales de la madre, así como favorecer los mecanismos inhibitorios sobre el control del dolor (teoría de las compuertas y teoría del control inhibitorio nociceptivo difuso).	De acuerdo con los resultados obtenidos la analgesia obstétrica con técnica combinada mostró ventajas sobre la analgesia epidural al proporcionar un mayor grado de satisfacción por parte de la madre a los 10 y 60 minutos de colocado el bloqueo y a los 10 minutos posteriores al parto, ya que esto es una alternativa que satisface a las madres en el momento del parto. A pesar de que la utilización de opioide subaracnoidee mostró un excelente control del dolor, la incertidumbre del tiempo de duración del trabajo de parto nos imposibilita el utilizarlo como fármaco único para este fin.	Cisneros F, Chávez Ruiz I. Analgesia ambulatoria para el trabajo de parto. Medigraphic[Internet]. 2016 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 39 (1): p. 297-303. Disponible en: https://bit.ly/2SlbNed
79	Inglés	Artículo de revisión	El parto vaginal puede ser un momento feliz, pero en este se evidencian períodos de intenso dolor durante los picos de contracciones uterinas, por otro lado, estos dolores agudos son terribles que puede experimentar una mujer en especial en los picos de primera etapa. Para aliviar el dolor obstétrico se utiliza analgesia epidural con bajas concentraciones.	Evaluar la eficacia de los métodos farmacológicos para el manejo del dolor de parto, teniendo en cuenta sus efectos secundarios .	Debido a los pensamientos, creencias o sugerencias por parte de una amiga de la gestante está tiende a optar por la analgesia epidural, puesto que se controla el dolor de una manera más rápida y la persona al saber que se le ha administrado la analgesia de controlar un poco más desde la parte mental, pero en ocasiones puede fallar y solicita por segunda vez la analgesia y esta es por vía intravenosa.	Cualitativo	Al utilizar los analgésicos como el fentanilo la bupivacaina intratecal y el su fentanilo para el dolor de las madres en este proceso promovemos una atención médica con educación y capacitación limitada para realizar la analgesia espinal de forma segura.	En este proceso del manejo de dolor debemos indagar más sobre los analgésicos que se están utilizando, verificando que eventos adversos pueden ocasionar en las madres y además valorar en el momento de la administración de la morfina ya que este puede provocar alteraciones en la respiración.	Haralk S. Brevik Pain Relief During Childbirth: Efficacy and Safety of Prolonging Labour-Analgesia With Morphine Directly Into the Lumbar Cerebro-Spinal-Fluid (CSF) . PubMed. [Internet]. 2016 [citado el 29 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://bit.ly/2xirC3

80	Inglés	Artículo de investigación	El manejo del dolor para las madres durante el parto ha sido de gran importancia, aunque el dolor se percibe como un momento inevitable del parto a pesar de los desarrollos de la medicina.	Dar a conocer que métodos farmacológicos y no farmacológicos existen para el dolor en la fase activa implementando el manejo de la ansiedad.	Los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor como elección son la relajación muscular, técnicas de respiración, acupresión, terapia acuática y el masaje. En comparaciones de la intensidad media del dolor en el grupo de masaje con hielo mostró una diferencia significativa entre ($p < 0.001$), también se observó una diferencia significativa en el grupo de acupresión ($p < 0.001$) entre la intensidad del dolor reintervención e inmediatamente y media hora después de la intervención.	Cuantitativo. Estudio cuasi experimental	los métodos farmacológicos y no farmacológicos con las terapias para la relajación muscular, respiratoria y acupresión son adecuados para un manejo de dolor donde también se abarca el masaje con hielo y el acupresión donde se maneja para reducir el dolor de parto donde hay un aumento fisiológico en la intensidad del dolor en la fase activa del parto. En el grupo placebo, se observó la única diferencia estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor antes de la intervención e inmediatamente después ($p < 0.001$)	En este estudio resaltan la importancia de las estrategias farmacológicas como lo es la acupresión, la cual mediante la presión de los dedos se logra estimular ciertos órganos para disminuir el dolor, considero que es importante incluir imágenes de carácter académico para lograr una mayor comprensión.	Zahra H, Sirati N, Abbas E, Afzali M. Comparing the effects of ice massage and acupressure in reducing labor pain. PubMed. [Internet]. 2012 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 18 (3): p. 169-172. Disponible en: https://bit.ly/2JPxmiD
81	Inglés	Artículo de investigación	El bloqueo epidural, el bloqueo espinal y la analgesia inhalada son los métodos más efectivos para el manejo del dolor de parto. Donde también se utilizan baños, técnicas de relajación, acupuntura y masajes los cuales pueden ser efectivos para el dolor de parto.	Analizar la importancia de la analgesia epidural o inhalatorios.	En diversas ocasiones se puede emplear los métodos no farmacológicos y los métodos farmacológicos en combinación para lograr una mayor eficacia en el manejo del dolor, logrando una experiencia positiva en la gestante, es decir, podríamos utilizar analgesia epidural y musicoterapia ambos permitirían mitigar la ansiedad y el dolor de la parturienta.	Cuantitativo. Estudio prospectivo	El método de alivio cumple cinco tratamientos del dolor más preferidos donde se observó los factores de preferencia. La analgesia epidural es positiva para el parto ya sea preferida o no. el método de alivio se cumple en gran medida ya que los cinco tratamientos para el dolor más preferidos fueron los mismos que los cinco más recibidos. Mayor Se observaron diferencias entre los factores de fondo y las preferencias para los métodos de alivio del dolor que los métodos de alivio del dolor recibidos.	Retomó la importancia de realizar una búsqueda fundamental para verificar su efectividad en este proceso, ya que los analgésicos epidurales son utilizados para el dolor los cuales tienen una alta preferencia por las madres.	Annika L, Ingegerd H. Preferencias de las mujeres y alivio del dolor en el parto. Un estudio longitudinal prospectivo en una región del norte de Suecia. PubMed. [Internet]. 2015 [citado el 29 de noviembre de 2019]; 6 (2): p. 74-81. Disponible en: https://bit.ly/3aTliZm
82	Inglés	Artículo de investigación	La acupuntura y la acupresión pueden ser eficaces para el control del dolor en el trabajo de parto, ya que este dolor es experimentado por procesamientos de factores fisiológicos y psicológicos.	Desarrollar una ayuda para las mujeres en la cual puedan sobrellevar el dolor en trabajo de parto.	La evidencia de la acupuntura y de la acupresión tiene un enfoque de la eficiencia y efectividad de las intervenciones para el alivio del dolor y el manejo durante el trabajo de parto, donde se pueden emplear distintos puntos de meridiano para lograr un equilibrio de la energía.	Cualitativa	El beneficio de la acupuntura es gratificante en gran medida para ayudar a las mujeres a gestionar el trabajo de la medicación de farmacológicos, donde a través de la acupuntura y acupresión podremos aliviar el dolor. Los autores señalaron que había cierto riesgo de sesgo, como informes inadecuados de cegamiento, sesgo de publicación debido a un	En este se evidencia que la acupuntura y la acupresión son alternativas efectivas para el manejo del dolor y así poder evitar el uso de fármacos.	Levett KM. Acupuncture and acupressure for pain management in labour and birth: a critical narrative review of current systematic review evidence. PubMed. [Internet]. 2014 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]; 22 (3): p. 523-540. Available at:

							enfoque en bases de datos en inglés, e informando sesgo, concluyeron que la acupuntura y el uso de presión puede tener un papel en la reducción del dolor, uso de alivio del dolor farmacológico, tasas de cesáreas y aumento de la satisfacción con el manejo del dolor.		https://bit.ly/2VPUy73
83	Inglés	Artículo de investigación	La gravedad del dolor de parto no fue significativamente en los otros grupos estudiados antes de la intervención. Sin embargo, 1 h después de la intervención, la severidad del dolor fue significativamente diferente en el grupo de experimento en comparación con el placebo y los grupos de control a medida que TENS se redujo el dolor del parto.	Analizar la eficacia de la TENS y sus posibles efectos en la gestante y en el neonato.	La TENS es un procedimiento sin efectos secundarios, baratos y apropiados para el alivio del dolor en diferentes aspectos. Algunos estudios informaron que el uso de TENS junto con otro método para aliviar el dolor es positivo. La severidad del dolor durante el trabajo de parto en la dilatación de 3 a 4 cm fue menor en ambos grupos. Sin embargo, no fue menor durante la fase de dilatación de 6 a 7 cm.	Cuantitativo-Ensayo clínico aleatorizado	La mayoría de las mujeres experimentan dolor durante el parto. El dolor de parto causa trastornos emocionales a largo plazo en las mujeres y interrumpe su salud mental. Puede afectar negativamente a la madre y su relación con el infante en días posteriores al parto. Además, el dolor de parto causa asfixia fetal seguida de latidos cardíacos anormales y un bajo puntaje de Apgar. Por lo tanto, es necesario intervenciones de partería para reducir las complicaciones derivadas del dolor de parto.	Aquí es importante por el reflejo de la TENS que es beneficioso para el manejo del dolor del parto y que también es utilizado para enfermedades y dolores crónicos. Es importante profundizar más sobre este método para edificar sus reacciones y efectos sobre estos procedimientos, así mismo, verificar si tiene la misma acción en todos los procesos. El estudio mostró que la gravedad del dolor en el grupo de experimentos era menor en comparación con otros grupos en la segunda etapa del parto y 4 h después del parto. Otros estudios informaron hallazgos similares.	Shahoei R. The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the severity of labor pain among nulliparous women: A clinical trial. PubMed. [Internet]. 2017 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]; p. 176-180. Available at: https://bit.ly/2ycxysj
84	Inglés	Artículo de revisión	Las prácticas realizadas como parte de las intervenciones de enfermería durante la segunda etapa del parto son la respiración/relajación, asistencia, ayuda para corregir el empuje, proporcionar la posición más correcta para el parto, prestar atención a la privacidad, dar psicología, reducir los estresores y proporcionar contacto táctil.	Proporcionar información veraz sobre métodos no farmacológicos como el masaje, la reflexología, la terapia táctil, el reposo, el calor y el frío, la estimulación nerviosa subcutánea, el agua terapia, la acupresión, la aromaterapia y la musicoterapia son efectivas para la reducción del dolor en el trabajo de parto y parto. Por otro lado, se han realizado terapias médicas convencionales, como el tacto expresivo durante la fase activa del parto en conjunto con la atención estándar y los tratamientos proporcionados en el parto unidad logran mejorar la satisfacción de la materna.	Hay estudios que demuestran que los métodos no farmacológicos como el masaje, la reflexología, la terapia táctil, el reposo, el calor y el frío, la estimulación nerviosa subcutánea, el agua terapia, la aromaterapia y la musicoterapia son efectivas para la reducción del dolor en el trabajo de parto y parto. Por otro lado, se han realizado terapias médicas convencionales, como el tacto expresivo durante la fase activa del parto en conjunto con la atención estándar y los tratamientos proporcionados en el parto unidad logran mejorar la satisfacción de la materna.	Cualitativo. Estudio experimental	El parto es un proceso doloroso. Es muy importante que este proceso sea realizado de manera positiva y satisfactoria. Se identificó que expresivo el tacto realizado durante el trabajo de parto tuvo efectos positivos sobre el sentido del dolor. Los hallazgos del estudio indicaron que el tacto expresivo disminuyó umbral de dolor, puntajes de dolor y nivel de dolor sentido. Se encontró que el dolor determinado por PM (analizador de dolor) en el grupo de intervención disminuido después de tocar expresivamente en comparación con el dolor antes de expresivo tocar (p <0.01; Tabla 2). Sin embargo, a medida que la acción laboral continúa, El dolor de las mujeres	Este artículo habla sobre el manejo del dolor en el parto con métodos no farmacológicos uno de ellos es el tacto ya que en el estudio que se realizó se observa que disminuyó el dolor umbral, donde también hay el masaje, la reflexología, terapia táctil, color y frío entre otros donde estas ayudan al manejo del dolor, pero debemos indagar más sobre estos métodos para verificar la satisfacción de las madres en el manejo del dolor. Para decirlo más claramente, el tacto expresivo reduce el dolor que sienten las mujeres embarazadas. Puntajes de umbral de dolor de los grupos medidos al principio fueron similares, mientras que el umbral de dolor promedio Se encontró que la puntuación de IG (grupo de	Erenoglu R, Baser M. Effect of expressive touching on labour pain and maternal satisfaction: A randomized controlled trial. PubMed. [Internet]. 2019 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]; 34: p. 268-274. Available at: https://bit.ly/2KlryaP

							embarazadas normalmente se intensifica debido a la severidad e intensidad de las contracciones del útero.	intervención) era inferior a la del grupo control después de tocar expresivamente (p <0.001).	
85	Inglés	Artículo de revisión	En algunas mujeres el dolor de trabajo de parto se considera grave, las pacientes han llegado a confiar más en los métodos farmacológicos para el control del dolor en el parto, sin embargo, con preocupación por los efectos que este puede causar en la madre y el bebé. Se está empleando otras alternativas como la acupuntura y la acupresión para el control del dolor en el proceso de parto.	Evaluar el uso de la acupuntura para la reducción del dolor de parto durante la primera, segunda y tercera etapa del trabajo de parto.	Los efectos terapéuticos de la acupuntura pueden estar mediados por la modulación valga de las respuestas inflamatorias en los órganos internos. El acceso a esta técnica por parte de un acupunturista capacitado puede ser limitado. La acupresión puede ser practicada por muchos practicantes, incluyendo doulas, parteras y obstetras, haciendo sea más ampliamente su disponibilidad, pero solo si estos profesionales están capacitados en dicha práctica.	Cualitativa	las investigaciones sobre la acupuntura y el acu presión se ha demostrado efectos positivos sobre el dolor en el parto sin reacciones adversas reales, los ensayos controlados aleatoriamente estaban limitados por la incapacidad de cegar a los participantes a la intervención y el uso del efecto placebo. Será necesaria más investigación en estas áreas para proporcionar pacientes y sus familias con los detalles específicos relacionados a la eficacia de estas técnicas. Como proveedores y educadores discutir estas intervenciones, deberían incluir las teorías por el cual se cree que funcionan, los hallazgos hasta la fecha y Las limitaciones de estos hallazgos.	Este artículo habla sobre los métodos farmacológicos para el manejo del dolor en el parto, pero estos métodos pueden causar efectos que afectan tanto a la madre como al bebe, pero se debería profundizar más acerca de este que tanto daño puede causar, también se habla de la acupuntura y acu presión para el manejo del dolor, pero han salido estudios donde se utilizan para la inflamación de los órganos.	Curci KM. The Use of Acupuncture and Acupressure as Comfort Measures in Childbirth: ¿What Providers and Educators Need to Know International ? JCE. EbscoShot [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 19]; 34 (4): p. 28-32. Available from: https://bit.ly/3a4OPhA
86	Inglés	Artículo de investigación	El desarrollo de la tecnología como herramienta adyuvante para el manejo del dolor y la ansiedad dentro del entorno de mujeres en trabajo de parto. Además, las mujeres que usaron la aplicación fueron altamente satisfechas dada su funcionalidad. Las pruebas t pareadas revelaron una reducción significativa de las clasificaciones del dolor (t (60) = 2.354, p = .022) y ansiedad (t (59) = 5.839, p <.001) comparando valores obtenidos antes y después la intervención.	Verificar la eficacia de la música como método positivo y relajante para disminuir la ansiedad en la gestante.	Las intervenciones basadas en la música mientras se espera una cesárea, donde el miedo al dolor y la ansiedad se incrementa, ha demostrado efectos fisiológicos positivos (disminución de la presión arterial) y emocionales (aumento del estado de ánimo) esta intervención puede ser efectiva para reducir la ansiedad y el dolor asociados con el trabajo de parto y posteriormente, puede tener resultados positivos para el bebé y la madre.	Cuantitativa - Estudio observacional	El embarazo suele ser un momento positivo para algunas mujeres, pero a menudo experimentan ansiedad que está asociada con el parto relacionado con el dolor, ya sean reales o anticipados. Es importante, destacar que tales estados de ánimo negativos están asociados con una mayor probabilidad de depresión posnatal en las madres	La nueva tecnología para el manejo del dolor y diferentes emociones de las madres en el momento del parto se ha evidenciado que la música como terapia para ellas es más factible para trabajo de parto. Los respondedores basados en clasificaciones de dolor no difirieron de los que no respondieron en clasificaciones previas a la intervención del dolor (t (60) = -1.599, p = 0.12) o ansiedad (t (59) = 0.338, p = .736).	Guétin S, Brun L, Deniaud M. Smartphone - based Music Listening to Reduce Pain and Anxiety before Coronarography: A Focus on Sex Differences. PubMed. [Internet]. 2016 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]; 22 (4): p. 60-63. Available at: https://bit.ly/2KMHVTO

87	Inglés	Artículo de revisión	Los programas de capacitación basados en la atención plena han demostrado efectividad para promover una salud positiva en los resultados, incluida la salud psicológica. En el entorno clínico los programas de capacitación son basados en la atención plena, son adaptables y apropiados para individuos de diferentes antecedentes.	Proporcionar información sobre los cursos de educación durante el embarazo, como estrategia de preparación frente a la angustia.	El dolor durante el trabajo de parto es subjetivo y multifacético, varía para cada mujer según una combinación de factores psicosociales, cognitivos y fisiológicos. La ansiedad prenatal se asocia con una capacidad reducida para controlar el dolor durante el trabajo de parto.	Cualitativo	Las mujeres embarazadas obtengan los beneficios del yoga prenatal y / o el entrenamiento de la atención plena, y para traducir estrategias de atención plena en el parto, Apoyar a las mujeres embarazadas en el aprendizaje de múltiples métodos para Hacer frente al dolor durante el trabajo de parto.	Este artículo habla sobre programas de capacitación para las mujeres embarazadas para poder disminuir el dolor en el trabajo de parto con estrategias como la música para relajar o también al practicar yoga prenatal ya que con estos programas básicos se puede lograr un beneficio para ellas, donde se podría profundizar más a cerca de estos métodos en que otros procesos los podríamos utilizar como ayuda para el manejo del dolor.	Bonura KB. Just Breathe: Mindfulness as Pain Management in Pregnancy. JCE. Ebsco. [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 19]; 33 (1): p. 6-9. Available from: https://bit.ly/2VmBI6a
88	Inglés	Artículo de revisión	Actualmente se usa una variedad de técnicas no farmacológicas para el control del dolor de parto, especialmente para mujeres que desean menos intervenciones médicas, como, por ejemplo, la inmersión en agua tibia o la hidroterapia. Se define la inmersión en agua tibia como "inmersión en una tina de agua con profundidad que permite inmersión completa del abdomen hasta el nivel del seno"; aunque la terapia de inmersión en agua se ha utilizado durante mucho tiempo en países europeos, se desconoce exactamente cuánto tiempo.	Indagar sobre el empleo de la inmersión en el agua en las gestantes en el ámbito clínicos.	En este estudio se evidenció una reducción significativa en duración de la primera etapa del parto en mujeres que utilizan el agua en inmersión durante el parto en comparación con los grupos de controles. La inmersión en agua logra reducir el uso de la analgesia y duración de la primera etapa del parto, además, no aumenta la incidencia de eventos adversos.	Cualitativa	El uso de la inmersión en agua durante la primera etapa del parto para mujeres sanas con embarazos no complicados a término gestación. Es vital que los educadores de parto se mantengan al tanto de la evidencia actual que rodea el manejo natural del dolor como la inmersión en agua durante el parto para cumplir con las necesidades e mujeres embarazadas que desean métodos no farmacológicos de confort durante el parto.	Este artículo trata un tema importante del manejo del dolor con inmersión al agua tibia para aquellas mujeres que no quieren utilizar métodos farmacológicos, y prefirieron métodos naturales para este proceso. Se evidencia que este método es muy utilizado en otros países las mujeres que no tienen ninguna complicación en su embarazo y así se ha comprobado la disminución de la analgesia y anestesia en aquellas mujeres que desean utilizar la inmersión en agua tibia en su primera etapa del parto.	Schmuke AD. Water Immersion during Labor: Implications for Childbirth Educators. JCE. Ebsco. [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 19]. Available from: https://bit.ly/37puLqh
89	Inglés	Artículo de revisión	El parto vaginal es simultáneamente una de las experiencias más especiales y dolorosas en la vida de una mujer. La mayoría de las mujeres se someten a una anestesia electiva o parto por cesárea, teniendo claro que tiene un alto potencial de conducir a efectos adversos efectos en la madre y el niño.	Mostrar la importancia de la acupresión para disminuir la tensión muscular y mejorar la circulación.	La acupresión en el punto L14 puede mejorar el flujo sanguíneo, reduce el dolor y los espasmos musculares, ayuda en el nacimiento del feto. Numerosos estudios han examinado los efectos, además, han explorado cómo la acupresión en los puntos SP6 y LI4 se usa para inducir el parto y influir en la duración e intensidad del parto.	Cuantitativo - Meta análisis	El uso del acupresión SP6 y LI4 es un método efectivo para gestionar la duración del parto y la fase activa del parto. Como el acupresión solo afecta la severidad del dolor directamente después de la intervención, intervención de acupresión y controles correspondientes, el mejor momento de las mediciones de resultados y personal adicional y enseñanza esencial. La duración de la fase activa se redujo en las mujeres que recibieron acupresión SP6 en comparación con las mujeres en el grupo táctil. Esto confirma los hallazgos de longitud media de la fase activa en el grupo de acupresión se redujo	En este artículo se habla sobre el parto vaginal este proceso es muy doloroso para las mujeres donde en el mayor soporte se utiliza anestesia electiva o cesárea, donde podemos utilizar estrategias farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor de estas madres que una de ellas es el acupresión ya que en sus puntos SP6 Y LI4 actúa generando una afectividad gestionada durante este proceso. La duración de la segunda etapa del parto fue menor en el LI4 grupo de acupresión que en el grupo táctil.	Najafi F, Jaafarpour M, Sayehmiri K, Khajavikhan J. An Evaluation of Acupressure on the Sanyinjiao (SP6) and Hugo (LI4) Points on the Pain Severity and Length of Labor: A Systematic Review and Meta-analysis Study. PubMed[Internet]. 2018 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]. Available at: https://bit.ly/2ydazud

							significativamente en comparación a los controles.		
90	Inglés	Artículo de investigación	El dolor es un fenómeno de salud importante que existe desde el nacimiento hasta las etapas finales de la vida, es uno de los factores por los que la persona consulta. Este dolor es causado por la estimulación de los neuroreceptores (T10-L1) debido a la contracción del útero y se percibe en las regiones visceral, pélvica y lumbosacra (S2, S3 y S4). El control y el manejo del dolor de parto es el objetivo de todas las unidades de atención de maternidad utilizando métodos farmacológicos y no farmacológicos.	Categorizar los métodos no farmacológicos para el manejo del dolor en la región lumbosacra.	La medicina alternativa para el control del dolor de parto se considera un sustituto de terapias farmacológicas como lo es la anestesia epidural. La auriculoterapia es la estimulación del oído mediante la acupresión que al aplicar presión en áreas específicas del oído conduce a rehabilitación y devuelve energía al cuerpo. Este método se usa en muchos casos, incluyendo el sangrado menstrual doloroso, secreción inadecuada de leche, vómitos y diarrea aguda.	Mixta	En los resultados obtenidos se concluyó que la auriculoterapia se puede utilizar como uno de los Métodos no farmacológicos para reducir el dolor de parto. Haciendo Los cambios y la liberación de endorfinas y relajación provocan la relajación muscular, que finalmente conduce a la reducción del dolor.	En este artículo habla sobre el dolor producido por neuroreceptores provocados con las contracciones en el útero donde se busca aliviar el dolor con métodos farmacológicos donde estos son costosos y los métodos no farmacológicos son técnicas que ayudan para este proceso como el manejo de la respiración, técnicas de relajación, acupuntura, acupresión, masajes entre otras técnicas que nos ayudan para obtener un beneficio, y también el uso de la auriculoterapia se utiliza como método no farmacológico donde trae beneficios para reducir el dolor en el manejo del parto, es importante profundizar sobre este método para así obtener un mejor resultado en el uso de manejo de dolor en mujeres en parto.	Valiani M, Azimi M, Dehnavi ZM. The effect of auriculotherapy on the severity and duration of labor pain. PubMed. [Internet]. 2018 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]. Available at: https://bit.ly/3d5Z9YJ
91	Inglés	Artículo de revisión	El dolor cuando se trata de mujeres quienes están en trabajo de parto, la Figura 5 describe un enfoque genérico que se puede aplicar a pacientes en trabajo de parto. Los pacientes tendrán diferentes requisitos y pueden tener expectativas preestablecidas y una analgesia laboral exitosa puede ser un desafío para pacientes individuales, con diferentes enfoques necesarios en diferentes etapas. Epidural para parto quirúrgico En general, las epidurales se eliminan inmediatamente después de la operación, a menos que exista un alto riesgo de necesidad de volver a teatro. Sin embargo, si una epidural está presente en mujeres sometidas un parto instrumental, se puede inyectar una dosis mayor de opioide en el espacio epidural para "recargar" la analgesia.	Concretar la eficacia de métodos como la hipnosis y la inyección intradérmica con agua estéril para el manejo del dolor.	La anestesia regional sigue siendo una de las formas más efectivas de alivio del dolor en el parto. Particularmente es peligroso ya que las dosis epidurales de bupivacaína son mucho más grandes que las dosis espinales. En cuanto al bloqueo del nervio pudiendo durante la segunda etapa del parto el dolor se experimenta en la parte inferior de la vagina, la vulva y el perineo. El bloqueo es una técnica que puede cubrir áreas anteriormente mencionadas mediante la inyección directa de anestésico local en el nervio pudiendo, usando una aguja, a través de, una ruta transvaginal.	Cualitativa	La analgesia en el trabajo de parto es compleja y puede fluctuar de un momento a otro. El parto es un proceso fisiológico que implica la entrega del bebé y la placenta desde el útero hacia el mundo exterior.	Las mujeres en su estado de embarazo deben discutir la analgesia en el trabajo de parto durante sus citas prenatales, los métodos no farmacológicos que son reconocidos para ayudar a disminuir el dolor durante el trabajo de parto se debe incluir un apoyo de médico, también en este artículo resalta la importancia de los efectos que prolongan la inmersión de agua tibia, masajes, realajantes entre otros, ya que podemos evidenciar que el dolor en las mujeres en el trabajo de parto se puede tratar con estrategias farmacológicas y no farmacológicas brindando de ambas un resultado satisfactorio para las mujeres en este proceso. Epidural espinal combinado (CSE). El CSE es una amalgamación de una inyección espinal con colocación de un catéter epidural en un procedimiento. Este método explota El bloqueo neuroaxial rápido y	Samson M, Shreelata D. Analgesia en trabajo de parto y entrega. GF. PubMed. [Internet]. 2012 [citado el noviembre 20 de 2019]; 72 (7): p. 596-601. Disponible en: https://bit.ly/3fdkDES

								denso de la anestesia espinal como, así como la capacidad de prolongar el bloqueo a través de la ruta epidural. Esta técnica permite una analgesia prolongada cuando el tiempo de operación se espera que supere la duración de una sola inyección espinal.	
92	Inglés	Artículo de investigación	Al usar la bola de parto es una práctica común en los hospitales, se reconoce la importancia del nacimiento humanizado y el empoderamiento de la mujer. Hay varias formas y tamaños de las bolas (bola suiza, frijol forma, forma de maní), con el objetivo de adaptarse a diferentes tamaños de las pacientes. Los ejercicios se realizan en varias posiciones.	Evaluar la eficacia de la pelota de parto empleada en gestantes durante la dilatación para la ayuda del descenso del feto.	Los síntomas del dolor fueron evaluados por la duración de la primera y segunda etapa del parto, así como la incidencia natural de nacimientos. La teoría del control de la compuerta del dolor consiste en utilizar estímulos no dolorosos para inhibir la sensación de dolor; este mecanismo funciona principalmente a través del componente sensible del dolor, que bloquea la señal nociceptiva. Esta respuesta fisiológica puede ocurrir cuando la pelvis se mueve sobre la pelota.	Cuantitativo – Estudio de metanálisis	la bola de nacimiento en la primera etapa del parto puede reducir el dolor después de 20 a 90 minutos de uso. Sin embargo, no diferencia se mostró entre la bola de nacimiento o la atención habitual en la duración del parto, el tipo de parto (natural, cesárea o instrumental), uso de oxitocina y analgesia, laceración perineal, episiotomía y Puntuación APGAR después de 5 min, basada en un nivel de evidencia bajo y muy bajo. Teniendo en cuenta la alta heterogeneidad y el sesgo en los estudios, nuevos estudios clínicos, se recomiendan ensayos con mejor calidad para confirmar los riesgos y beneficios del uso de la bola de nacimiento en comparación con la atención habitual durante el parto.	La libertad de movimiento durante el parto puede mejorar la calidad y la eficacia de las contracciones. Donde en este artículo también habla sobre la bola que ayuda a disminuir el dolor en las mujeres en proceso de parto y que este empieza a actuar después de unos minutos donde se debe especificar los beneficios del uso de esta bola de nacimiento con una atención habitual durante el parto. Hay que controlar el sesgo y aumentar la duración de permanecer en la bola de nacimiento, guiando los ejercicios basados en la biomecánica pélvica. Resultados maternos como ansiedad, fatiga y satisfacciones. debe ser investigado, así como la admisión en cuidados intensivos neonatales unidad, pH sanguíneo en el cordón umbilical y variabilidad de la frecuencia cardíaca neonatal.	Delgado A, Maia T, Melo RS, Lemos A. Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. PubMed. [Internet]. 2019 [fecha de último acceso: 19 de febrero de 2020]; 35: p. 92-101. Available at: https://bit.ly/3d0QxCE

93	Portugués	Artículo de revisión	La atención del parto en este momento es objeto de gran medicalización y escenario de nacimiento rápidamente se convirtió en un lugar desconocido para mujer, conveniente y aséptica para profesionales de la salud, evaluar la efectividad de estrategias no farmacológicas como ejercicios de respiración, relajación muscular, masajes lumbosacra y ducha para aliviar el dolor parturiente en la fase activa del parto con el uso desde la escala visual analógica.	Evaluar la efectividad de estrategias no farmacológicas como ejercicios de respiración, relajación muscular, masajes en la región lumbosacra y ducha para aliviar el dolor parturiente en la fase activa del parto con el uso desde la escala visual analógica.	En los ejercicios de respiración se orientó a la parturienta que al comenzar la contracción debe inhalar y soltar el aliento lentamente y en la relajación muscular se trata de liberar brazos, piernas hasta el momento en que cesó la contracción; para el masaje lumbosacro la mujer parturienta estaba orientada y se le sugiere que, al comienzo de la contracción, la investigadora colocará su mano izquierda en la proyección del fondo uterino parturiente y la mano derecha en la región lumbosacra. por otro lado, en el baño ducha la parturienta tomará una ducha con agua a temperatura ambiente durante las contracciones, después de ese momento se pondría su camión y volvería a su entorno de parto.	Cuantitativo	Al comparar los medios de intensidad del dolor antes y después de la aplicación de los NFE combinados a 6, 8 y 9 cm y a 8 y 9 cm del NFE aislado, hubo una diferencia significativa ($r = 0.000$) de alivio del dolor después de la aplicación de NFE combinado aislado, lo que demuestra una reducción en la medida que aumentó la dilatación cervical.	En este artículo se habla sobre el efecto de las estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor de la parturienta donde sugiere que haya más profundidad sobre NFE de sus reacciones y actuación para el alivio del dolor, por otro lado, también relacionando las estrategias combinadas y las aisladas para verificar que beneficios traen a la parturienta en la disminución del dolor.	Rejane B, Gilson V, Janmili C. Eficacia de las estrategias no farmacológicas para aliviar dolor laboral. Scielo. [Internet]. 2009 [citado en el 29 de noviembre de 2019]; 43 (2): p. 438-445. Disponible en: https://bit.ly/2KGWVTo
94	Portugués	Artículo de revisión	El interés inicial de explorar la música para ayudar a las mujeres embarazadas y parturientas, así como sus posibles efectos cada vez más se incrementa. Este es un fenómeno fisiológico. La música, según el diccionario específico, es el arte de combinar los sonidos para complacer al oído y poner la inteligencia en acción, hablar con los sentimientos y mover el alma.	Verificar y describir los efectos de la música seleccionada a individualmente en el trabajo de las mujeres asistidas en cinco salas de maternidad. Además, verificar el comportamiento y las reacciones del bebé cuando se somete a las melodías escuchadas por sus madres durante embarazo y parto a través de los discursos de la madre, obtenidas dentro de los primeros tres meses después del parto.	En este estudio para la identificación e información sobre las experiencias previas con la música, las mujeres embarazadas fueron sometidas a sensibilización musical, donde al final se les dio una hoja con una serie de preguntas para saber qué tan satisfactorio es el efecto de la música en el parto. Durante el tiempo de observación del parto, según lo acordado para esta investigación, cada dos horas la música fue suprimida por un período de 30 minutos. Al final de cada uno de estos períodos (con la música y sin música) los elementos de control de la evolución del trabajo de parto (frecuencia, intensidad y duración de contracciones, frecuencia cardíaca, latidos fetales) generaron resultados positivos en la parturienta, disminuyendo el temor por el dolor.	Cualitativa	Este estudio tuvo como objetivo verificar los efectos de la música en trabajo de mujeres sensibilizadas durante el embarazo por melodías especialmente seleccionadas. El análisis de los discursos de estas mujeres mostró efectos sorprendentemente favorables con respecto a aspectos importantes de su experiencia de trabajo.	En este artículo se estaba verificando el efecto de la música en el estado de embarazo realizando este proceso a una serie de madres para saber el resultado si era efectivo en este proceso donde resultado fue favorable, pero se sugiere que haya un estudio más afondo sobre el efecto de la música desde el estado de embarazo hasta el nacimiento y así poder identificar el efecto que este puede brindar tanto a la madre como al bebe.	Sotilo Tabarro C, Botinhon de Campos L, Olivera Galli N, Valdina M. Efecto de la música sobre el trabajo de parto y en el recién nacido. [Internet]. 2009 [citado en el 19 de febrero de 2020]; 44 (2): p. 445-452. Disponible en: https://bit.ly/3aLcILz

9. HOMENAJE PÓSTUMO A LAURA VILLAREAL ARIAS

El día 07 de marzo del 2020 nuestra compañera y amiga Laura emprendió un nuevo viaje al cielo de manera repentina e inesperada, pero con un descanso eterno. Hoy y todos los días la recordamos como una persona risueña, amable, carismática, confidente y comprensiva. *“Lau te seguimos queriendo por tu sonrisa y aliento para trabajar en grupo, sabemos que nos acompañas en este evento tan importante para las tres ¡Sí! Ha llegado la hora de presentar nuestro anhelado trabajo de grado, te podemos sentir en cada uno de nuestros corazones, porque nos sonríes desde el cielo”*. Simplemente tenemos palabras de agradecimiento por cada momento de fuerza, de unión, de empatía y del empoderamiento que ella tenía para hablar en público; hasta el último suspiro estuvo orgullosa de nuestros logros alcanzados en tan poco tiempo. *“Te vamos a querer por siempre y nos encontraremos en el cielo”*.



Figura 15. Homenaje póstumo a Laura Villarreal Arias. Fotografía tomada por: Karen Valentina Villamil Salazar.

Nicol Andrea Castro Huertas

Karen Andrea Mora Jiménez

