



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia
España

Fernández Medina, Isabel María

Alternativas analgésicas al dolor de parto

Enfermería Global, vol. 13, núm. 1, enero, 2014, pp. 400-406

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834852020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISIONES

Alternativas analgésicas al dolor de parto

Analgesic alternatives for labour pain

***Fernández Medina, Isabel María**

*Diplomada en Fisioterapia y Enfermería. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. E-mail: isabelmariafm@hotmail.com

Palabras clave: parto; dolor; alternativas analgésicas.

Keywords: labour; pain; analgesic alternatives.

RESUMEN

Introducción: Actualmente se ha observado un mayor interés por parte de las madres y su entorno, por la aplicación de otros métodos analgésicos no invasivos. Por lo tanto, es un tema de gran importancia para los profesionales de la salud relacionados con la atención al parto, los cuales deben desarrollar las habilidades necesarias para ayudar a aquellas mujeres que optan por un parto promovido por la aplicación alternativa de medidas analgésicas.

Objetivos: Se pretende evaluar la efectividad y eficacia de las principales alternativas analgésicas al parto que la literatura científica nos ofrece.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed, The Cochrane Database of Systematic Reviews y Ebsco.

Resultados: 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.

Conclusiones: La aplicación de medidas analgésicas alternativas resulta de efectividad comprobada, no obstante, es necesaria la elaboración de mayores estudios clínicos con una metodología consensuada que avale la efectividad de dichas intervenciones.

ABSTRACT

Introduction: Currently there has been an increased interest from mothers and their environment, by the application of other non-invasive analgesic methods. Therefore, it is a major issue for health professionals related to delivery care, which should develop the skills necessary to help those women who choose childbirth alternative promoted by the application of analgesic action.

Objectives: We sought to evaluate the effectiveness and efficiency of the main alternatives analgesic delivery that literature offers us.

Methods: We performed a literature search in the following databases: Medline, Pubmed, The Cochrane Database of Systematic Reviews and Ebsco.

Results: The studies surveyed reflect that different alternatives as applying analgesic electrotherapy, acupuncture, massage therapy or thermotherapy in childbirth are moderate effective in reducing pain.

Conclusions: The application of alternative analgesic action is proven effective, however, it is necessary the development of larger clinical studies with a methodology agreed to endorse the effectiveness of such interventions.

INTRODUCCIÓN

El dolor durante el parto es una experiencia única, cada mujer lo desarrolla de una manera diferente, incluso puede haber diferencias en cada parto en la misma mujer. El grado de dolor sufrido durante el parto, depende de factores como el nivel de tolerancia al mismo, la posición del bebé, la fuerza de las contracciones uterinas y las experiencias previas de otros partos ⁽¹⁾.

La analgesia epidural es la más empleada en obstetricia, no obstante, esta terapia carece de ser inocua. La literatura científica relaciona la analgesia epidural con alteración de la dinámica del parto, el aumento de los partos instrumentales, hipotensión materna, alteración en la regulación de la temperatura materna y dificultades en la instauración de la lactancia materna ⁽²⁾.

Se han descrito valores más elevados del ph del cordón umbilical y mayor necesidad de reanimación neonatal en los partos asistidos con analgesia epidural ^(2,3).

Muchas mujeres desean evitar los métodos farmacológicos o invasivos durante el parto, de ahí que el uso de terapias analgésicas complementarias esté en aumento ⁽¹⁾. El Ministerio de Sanidad y Política Social en su Estrategia de atención al parto normal, anima a los profesionales sanitarios a informar a las madres sobre los distintos métodos analgésicos disponibles y la evidencia acerca de la efectividad de cada uno de ellos ⁽⁴⁾.

Características del dolor de parto

El dolor de parto es un dolor agudo, de inicio y final bien definido y de una gran variabilidad individual ⁽¹⁾.

El dolor en el primer periodo de trabajo de parto posee dos componentes: uno visceral generado por el útero debido a la compresión que efectúa la presentación fetal y la isquemia de las fibras miométriales y otro somático originado en vagina y periné debido a la activación de las fibras simpáticas involucradas en la inervación de estas estructuras. Por lo tanto, la aparición de dolor va asociada a la distensión de las estructuras pelvianas junto con la aparición de las contracciones uterinas. Sin embargo, aunque las contracciones uterinas continúan durante la segunda etapa del trabajo de parto, el dolor en este caso se origina en el tracto genital inferior ^(1,5).

Generalmente se acompaña de dolor lumbar continuo, localizado básicamente sobre los dermatomas T₁₁-T₁₂, extendiéndose durante la fase activa de parto hasta la localización T₁₀-L₁ ⁽¹⁾.

Efectos del dolor en el trabajo de parto

El dolor del trabajo de parto produce una activación de la respuesta al estrés que induce a la alteración de manera importante de los sistemas pulmonar y cardiovascular afectados previamente por las modificaciones fisiológicas inherentes al embarazo.

La hiperventilación debida al estímulo doloroso de la contracción genera hipocapnia, hipoxemia secundaria y desaturación que pueden afectar al bienestar fetal. El sistema cardiovascular sufre una vasoconstricción debido a la producción de catecolaminas. A todo ello, tenemos que añadir la ansiedad materna resultante del propio dolor del parto y del resultado del embarazo, que refuerza la respuesta al estrés.

En mujeres sin patología previa, esta sobrecarga puede ser tolerada, pero sin embargo, en mujeres con alteraciones del sistema cardiovascular, se disminuye la tolerancia al trabajo de parto.

Por todo lo expuesto anteriormente, actualmente se considera importante el control analgésico en el parto ^(1,6).

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es analizar la efectividad y la eficacia mediante la revisión de la literatura científica de las principales técnicas analgésicas alternativas al parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed, The Cochrane Database of Systematic Reviews y Ebsco. La búsqueda se restringió a los idiomas inglés y español, utilizando como descriptores los siguientes términos: labour, pain, analgesic alternatives.

Han sido incluidos trabajos publicados entre 2003 y 2012, 11 de los cuales corresponden a la base de datos Medline, 2 a Pubmed, 5 a The Cochrane Database of Systematic Reviews y 3 a Ebsco.

Los artículos utilizados fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios clínicos con grupo control.
- Estudios de revisión bibliográfica.
- Estudios clínicos en los que la muestra estaba constituida por al menos 10 mujeres.

El análisis de los datos se realizó en base a los artículos cuyo objeto de estudio está centrado en la aplicación de medidas analgésicas alternativas al parto que cumplieran los criterios anteriormente descritos con alta calidad metodológica y de impacto.

RESULTADOS

La literatura científica afirma que algunos métodos no farmacológicos disminuyen el dolor del parto, incrementan la satisfacción de la madre y mejoran los resultados obstétricos.

Electroterapia

El uso de neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS) es controvertido, siendo considerada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ineficaz durante el parto activo, pero sin embargo su uso durante la fase latente es apoyado por la literatura científica.

La aplicación TENS durante el parto se sustenta en la teoría de la puerta del dolor de Melzack y Wall. Según su teoría, la aplicación de TENS reduce la excitabilidad de las fibras del dolor delta A y C, reduciendo por tanto, la cantidad de mensajes dolorosos que ascienden por la médula espinal. La activación de estas fibras estimulan la liberación de los inhibidores naturales del dolor (endorfinas y encefalinas) ⁽⁷⁾.

La aplicación de los electrodos se sitúa en la zona paravertebral D10-D12 durante la etapa inicial del parto y en S2-S4 si existe dolor lumbar o se quiere proporcionar un alivio adicional del dolor durante la fase expulsiva, inhibiendo la transmisión de estímulos que surgen del útero, vagina y periné durante el parto.

Kaplan et al emplearon TENS como medida para el tratamiento del dolor durante el parto, entre el 69-72% de las mujeres consideraron efectiva la aplicación de TENS para el alivio del dolor durante el parto. Además, se redujo significativamente la duración de la primera etapa del parto, el número de analgésicos suministrados, sin ningún efecto adverso sobre la madre o el recién nacido ⁽⁸⁾.

La estimulación eléctrica transcutánea también se puede utilizar sobre puntos de acupuntura durante la primera etapa del parto, con una frecuencia de estímulo menor a 10 Hz, produciendo una reducción significativa del dolor durante esta etapa ⁽⁹⁾.

El uso de TENS debe estar contraindicado en mujeres cuya edad gestacional no supere las 37 semanas de gestación, mujeres portadoras de marcapasos y partos en agua. No se debe aplicar sobre el abdomen materno en ningún momento del embarazo o parto para evitar la estimulación cercana al corazón fetal ^(10,11).

Termoterapia

La termoterapia produce una dilatación de los vasos sanguíneos que conlleva un aumento del flujo sanguíneo, mejorando el drenaje venoso y linfático, aumenta la elasticidad tisular y reduce, por tanto, la inflamación y el edema.

La inmersión en agua caliente de la gestante durante la primera etapa del parto produce una reducción del dolor y de la duración de las contracciones, sin efectos adversos en el recién nacido ⁽¹²⁾.

El uso de compresas calientes en el periné durante el periodo expulsivo disminuye el riesgo de trauma perineal y reduce el dolor.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomienda la aplicación de compresas calientes en el periné durante el periodo expulsivo de parto como medida de relajación, distensión del periné y confort ^(12,13).

Crioterapia

El tratamiento con crioterapia mediante la aplicación de almohadillas de gel en la zona perineal, reduce el edema y el traumatismo perineal posterior a un parto instrumental. La aplicación de crioterapia en forma de cinturón en la zona lumbar, reduce el dolor del expulsivo y mejora la tolerancia a las contracciones uterinas ^(8,14).

Masoterapia

El masaje de la región lumbar durante el parto se considera eficaz para la reducción del dolor en la primera etapa del parto, sin embargo, existe controversia sobre la eficacia para la reducción del dolor en la segunda parte del parto.

Los principales beneficios de la aplicación de masoterapia son:

- Ayuda a aliviar la presión en la espalda.
- Ayuda a la relajación física y emocional.
- Ayuda a eliminar líquidos y toxinas, por lo que combate la fatiga.
- Ayuda a mantener la elasticidad y flexibilidad del cuerpo.

La evidencia científica nos relata una mejor experiencia emocional del parto en las gestantes tratadas con masoterapia ^(15,16).

El masaje perineal durante el embarazo es uno de los factores protectores del trauma perineal obstétrico ya que reduce la probabilidad de sufrir desgarros perineales de segundo o tercer grado así como de practicar episiotomía y la intervención mediante partos instrumentales. También reduce de forma significativa el dolor perineal posparto, sin embargo, la aplicación de masaje perineal durante el parto no es efectivo para la reducción del dolor e incluso aumenta la incidencia de traumatismo perineal y desgarros de segundo y tercer grado ^(17,18,19).

Acupuntura

La aplicación de acupuntura y acupresión es beneficiosa para la reducción del dolor del parto.

Los puntos de acupuntura utilizados para reducir el dolor durante el parto se encuentran localizados en manos, pies y orejas ⁽²⁰⁾.

Se ha encontrado una reducción del empleo de analgésicos en pacientes con acupuntura en la primera fase del parto, así como de la necesidad de analgesia epidural y una reducción del parto instrumental.

La aparición de efectos adversos en los recién nacidos de madres tratadas con acupuntura durante el trabajo de parto no es evidente ^(8,21).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La bibliografía consultada coincide en la efectividad de la aplicación de medidas analgésicas alternativas en el parto, no obstante, no existe un consenso en cuanto a la aplicación de las distintas terapias y la metodología de investigación, lo que nos lleva a pensar que los resultados positivos en la aplicación de algunas de las terapias podrían carecer de validez al no ser aplicados con la misma exactitud.

Por lo tanto, se concluye que es necesario un mayor número de investigaciones con una metodología consensuada en cuanto a aplicabilidad y recogida de resultados en las distintas fases del parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macías Seda J, Gómez Salgado J. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. Colección Líneas de Especialización para Enfermería. 1ª ed. Madrid: Enfo Ediciones; 2007.
2. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Fernández-Guisasola J, Rodríguez Caravaca G, Serrano Rodríguez ML, Delgado Gonzalez T, García del Valle S, Gómez-Arnau JI. Analgesia epidural obstétrica: relación con diversas variables obstétricas y con la evolución del parto. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2004; 51: 121
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud [Internet, 2007], [consultado 15 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organización/sns/plancalidadSNS/pdf/eguidad/estrategiaParto>.
5. Aguilera C, Mesas A, Muñoz C, Salicrú S. Alternativas terapéuticas a la analgesia epidural en el dolor del parto. Med Clin. 2009; 133 (15): 599-601.
6. London ML, Moberly S, Olds SB. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
7. Sluka KA, Walsh D. Transcutaneous electrical nerve stimulation: Basic science mechanisms and clinical effectiveness. J pain. 2003; 4: 109-21.
8. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2006; 3. Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
9. Brown L, Holmes M, Jons A. The applications of transcutaneous electrical nerve stimulation to acupuncture points (Acu-TENS) for pain relief: a discussion of efficacy and potential mechanisms. Physical Therapy Reviews. 2009; 14 (2): 93-103.
10. Juman A. Tens machine and their use in managing labour pain. BJM. 2007; 15 (8): 516-519.
11. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET) para el alivio del dolor durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD007214. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
12. Arbués ER, Azón E. Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo. Nure Investigación [artículo en línea] 2009 [consultado 17 de septiembre

de 2012]; 41. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/comdolorparto41_1.pdf

13. Terré Rull. Aplicación de termoterapia en el periné durante el periodo expulsivo de parto normal en relación al cuidado habitual. Reduca, 2010; 2 (1): 502-516.

14. Aguilera C, Mesas A, Muñoz C, Salicrú S. Alternativas terapéuticas a la analgesia epidural en el dolor del parto. Med Clin. 2009; 133 (15): 599-601.

15. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. The Cochrane Library. 2012; 3.

16. Amostegui JM. Fisioterapia y post parto. Urodinámica aplicada. 2007; 20 (1): 15-22.

17. Fernández Domínguez JC, Oliva Pascual-Vaca A, Ruiz López K, Caufriez M. Análisis del masaje perineal y de otras medidas físicas en relación al desgarro perineal y al uso de la episiotomía durante el parto. Cuestiones de Fisioterapia. 2012; 41 (2): 127-140.

18. Villén Salán MI. Masaje perineal en Fisioterapia obstétrica: Revisión bibliográfica. Cuestiones de Fisioterapia. 2006; 32: 1-15.

19. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Masson. Madrid, 2006.

20. Smith C, Collins C, Crowther C, Levett K. Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2011, 7.

21. Schütz B, Plohberger-Grascher U, Müller K. Acupuntura antes, durante y después del parto: informe sobre las experiencias clínicas de tres comadronas. Rev Int Acupuntura. 2007; 1: 38 (1).

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia