

Hidalgo Bermejo, Naiara

Torres Cuello, Lucía

**DOLOR EN EL PARTO:
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Maria Elena Sola Miravete

Grado en enfermería

TORTOSA, 2025

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	3
Summary.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MARCO CONCEPTUAL.....	6
2. 1. Tipos de parto.....	6
2.1. 1. Parto vaginal.....	6
2. 1. 2 Parto instrumentado.....	6
2. 1. 3. Parto cesáreo.....	7
2. 2. El dolor en el parto.....	7
2. 2. 1. Complicaciones a causa del dolor.....	7
2. 2. 2. Valoración del dolor.....	9
2. 2. 3. Tratamiento o manejo del dolor en el parto.....	10
2. 3. Los cuidados durante el parto.....	13
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
4. OBJETIVOS.....	15
4. 1 Objetivo general.....	15
4. 2 Objetivos específicos.....	15
5. METODOLOGÍA.....	16
5.1 Descripción del estudio.....	16
5. 2 Términos de búsqueda.....	16
5. 3 Ecuación de búsqueda.....	17
5. 4 Criterios de inclusión y exclusión.....	17
5. 5 Estrategias de búsqueda.....	17
6. RESULTADOS.....	19
6. 1 Diagrama de flujo (PRISMA).....	19
6. 2 Tabla de resultados.....	20
6.3 Análisis cualitativo de los artículos.....	25
7. ANÁLISIS/ DISCUSIÓN.....	27
7.1 Introducción.....	27
7. 2 Fisiología del dolor y factores influyentes.....	27
7. 3 Métodos farmacológicos y no farmacológicos en el control del dolor.....	28
7.4 Métodos no farmacológicos más conocidos y utilizados para el control del dolor de las gestantes en el parto natural.....	34
7.5 Satisfacción materna en la atención al parto natural.....	35
7.6 Relacionar las intervenciones identificadas con la nomenclatura enfermera NANDA-NIC-NOC.....	36
7.7 Multíparas y primíparas.....	37
8. CONCLUSIÓN.....	38
8.1 Aplicaciones para la práctica de enfermería.....	38
8.2 Limitaciones del estudio.....	38
8.3 Propuesta de línea de estudios futuros.....	39
9. BIBLIOGRAFÍA.....	40

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar a todas las personas que nos han acompañado en este camino, a todos nuestros seres queridos que cuando volvíamos a casa siempre nos esperaban con la mejor sonrisa. Vivir lejos, a muchos kilómetros de nuestras casas, ha sido difícil pero también ha hecho que Tortosa se convierta en nuestra segunda casa y nos ha permitido conocer a personas increíbles y disfrutar de amistades inolvidables. Así que muchas gracias a todas esas personas que nos han aguantado nuestros agobios y alegrías y nos han apoyado en este camino.

Por último, queremos agradecer a nuestra tutora que nos ha guiado, ayudado y motivado en todo la realización de este presente trabajo.

RESUMEN

Introducción: El presente trabajo aborda el embarazo y el parto como procesos fisiológicos fundamentales que, a pesar de desarrollarse mayoritariamente sin complicaciones, pueden implicar riesgos para la salud materna y neonatal. Se destaca la necesidad de una atención centrada en la mujer que garantice no solo resultados clínicos óptimos, sino también el bienestar físico, emocional y psicológico de la gestante. El rol de la matrona dentro del sistema sanitario, es esencial como figura en el acompañamiento del parto normal y en el manejo humanizado del dolor. El objetivo de esta revisión es profundizar en las necesidades de las mujeres durante el parto y revalorizar la atención obstétrica centrada en la mujer. Este trabajo se enfoca en identificar las intervenciones no farmacológicas que existen para el control del dolor en el parto natural y evaluar su eficacia en comparación con las intervenciones farmacológicas.

Metodología: Este trabajo se llevó a cabo mediante una revisión sistemática, durante los meses de octubre de 2024 y finales de abril de 2025. Se realizó una búsqueda en cinco bases de datos electrónicas (Pubmed, Scielo, Dialnet, Cuiden y Cinahl) obteniendo un total inicial de 241 artículos de los cuales finalmente fueron seleccionados 11 artículos.

Resultados: Los métodos no farmacológicos mejoran la reducción del dolor, la ansiedad y la satisfacción materna, promoviendo una experiencia de parto más humana y participativa.

Conclusiones: Las intervenciones alternativas y complementarias son efectivas para reducir el dolor y aumentar la satisfacción, pudiendo disminuir o retrasar el uso de medicamentos.

Palabras clave: Dolor de parto, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico, satisfacción materna.

SUMMARY

Introduction: This review addresses pregnancy and childbirth as fundamental physiological processes that, despite being largely uncomplicated, can pose risks to maternal and neonatal health. It highlights the need for woman-centered care that ensures not only optimal clinical outcomes but also the physical, emotional, and psychological well-being of pregnant women. The role of the midwife within the healthcare system is essential, as she assists in normal childbirth and provides humane pain management. The objective of this review is to delve deeper into the needs of women during childbirth and to revalue woman-centered obstetric care. This review focuses on identifying non-pharmacological interventions for pain control during natural childbirth and evaluating their effectiveness compared to pharmacological interventions.

Methodology: This study was conducted through a systematic review between October 2024 and the end of April 2025. A search was conducted in five electronic databases (Pubmed, Scielo, Dialnet, Cuiden, and Cinahl), yielding an initial total of 241 articles, of which 11 were ultimately selected.

Results: Non-pharmacological methods improve pain reduction, anxiety, and maternal satisfaction, promoting a more humane and participatory birth experience.

Conclusions: Alternative and complementary interventions are effective in reducing pain and increasing satisfaction, and can reduce or delay the use of medications.

Keywords: Labor pain, pharmacological treatment, non-pharmacological treatment, maternal satisfaction.

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos que marcan un momento crucial en la vida de millones de mujeres y bebés en todo el mundo. Cada año, se producen aproximadamente 140 millones de nacimientos de manera global. La mayoría de los partos se producen en mujeres sin factores de riesgo que puedan comprometer la salud materna o neonatal al inicio del trabajo de parto. Sin embargo, el nacimiento es un momento crítico ya que puede conllevar ciertas complicaciones que atentan contra la salud de la madre o del recién nacido. En el mundo, fallecen diariamente 830 mujeres debido a causas prevenibles que suceden tanto en el embarazo como en el momento del parto (Cáceres Manrique et al, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la necesidad de proporcionar una atención centrada en la mujer, que respete los derechos humanos y promueva una experiencia de parto positiva. Este concepto abarca no solo el logro de resultados clínicos óptimos, como el nacimiento de un bebé sano, sino también en la satisfacción de las expectativas personales y socioculturales de la mujer, garantizando su bienestar físico, psicológico y emocional durante todo el proceso (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Además, la atención en el parto y el manejo del dolor es un tema ligado a la enfermería y la visión humanística del cuidar. En el Sistema Sanitario de Cataluña, la Matrona es la persona de referencia en el seguimiento del embarazo, de la atención al parto normal y el postparto (Goberna Tricas y Biurrún Garrido, 2020). Su figura es indispensable en el momento del parto para prevenir complicaciones y asegurar tanto el bienestar como la satisfacción de la mujer gestante durante todo el proceso.

La elección del tema del presente trabajo ha sido conjunta y discutida, no obstante, también tiene un peso personal importante. El tema se ha elegido con el objetivo de entender, investigar y aprender sobre las necesidades de las mujeres en el manejo del dolor en el parto como un aspecto clave en la experiencia de las mujeres durante este proceso. La elección de este tema surge de la importancia de mejorar los cuidados humanizados en el ámbito obstétrico y la promoción del bienestar físico y emocional en un momento crucial de la vida de las mujeres. Además, pone en valor la labor de la matrona en la atención centrada en la mujer.

2. MARCO CONCEPTUAL

El parto consiste en el nacimiento de un ser humano que necesita ciertos cuidados y atenciones para poder adaptarse a un nuevo medio y así cubrir sus necesidades básicas. El parto natural, según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), es aquel proceso fisiológico que se lleva a cabo sin complicaciones en la que la mujer finaliza su gestación sin la necesidad de intervenciones salvo el apoyo integral y respetuoso del mismo (Palet Rodríguez y Torrubia Pérez, 2023).

La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, que actualmente se encuentra en proceso de revisión, manifiesta que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que solo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad (Goberna Tricas y Biurrún Garrido, 2020).

2. 1. Tipos de parto

Siguiendo con este tema, es necesario mencionar los diferentes tipos de partos que existen: el parto vaginal espontáneo, el parto vaginal instrumental y el parto cesáreo. A continuación, se detallarán las indicaciones, contraindicaciones y consecuencias de los mismos.

2.1. 1. Parto vaginal

El parto vaginal espontáneo es considerado el tipo de parto más adecuado para las mujeres de bajo riesgo, es decir, aquellas que no presentan complicaciones durante el embarazo y que se encuentren en condiciones físicas óptimas para el proceso. Las consecuencias de un parto vaginal espontáneo son, en su mayoría, beneficiosas. Además, presenta un menor riesgo de infecciones y complicaciones postquirúrgicas en la madre, favoreciendo una recuperación más rápida. Sin embargo, existen contraindicaciones para este tipo de parto, que pueden incluir presentaciones anómalas del bebé (como la presentación de nalgas o transversal), complicaciones obstétricas como la preeclampsia, o situaciones en las que el bebé o la madre presenten complicaciones que dificulten el proceso natural del parto (Tamparillas & de la Torre, 2024) (Vicent & Herrero Vicent, 2021).

2. 1. 2 Parto instrumentado

En cuanto al segundo tipo de parto, el parto vaginal instrumentado, se recurre cuando el parto ha avanzado pero el bebé necesita ayuda para completar la fase de expulsión. Se emplean instrumentos como los fórceps o la ventosa para ayudar a la extracción de la cabeza del bebé en situaciones en las que no puede descender por sí mismo de manera segura. Este tipo de intervención está contraindicado cuando hay malformaciones fetales

que puedan dificultar el uso de los instrumentos, o cuando la presentación fetal no permite una aplicación segura de los mismos. Las consecuencias del parto vaginal instrumentado incluyen un mayor riesgo de lesiones para el bebé, como hematomas en el rostro o lesiones en los nervios del cuello. También puede aumentar el riesgo de desgarros perineales en la madre, así como la necesidad de realizar una episiotomía, lo que retrasa la recuperación. No obstante, al ser menos invasivo que una cesárea, permite una recuperación más rápida para la madre en comparación con otros tipos de parto más complejos (Vicent & Herrero Vicent, 2021).

2. 1. 3. Parto cesáreo

El parto cesáreo se realiza generalmente en situaciones en las que el parto vaginal es peligroso o poco recomendable debido a diversas complicaciones, como la posición anómala del bebé, sufrimiento fetal, placenta previa, o condiciones de salud materna como preeclampsia o infecciones. En estos casos, se recurre a la cesárea para evitar riesgos mayores durante el proceso de parto. También existen cesáreas electivas, aquellas en las que se opta por la cirugía sin indicaciones médicas urgentes, basándose en preferencias personales o por motivos médicos previos, como una cesárea anterior.

Entre las principales contraindicaciones para el parto cesáreo se encuentran situaciones como condiciones maternas graves que imposibiliten la realización de la cirugía, o cuando la cesárea no está justificada médicamente. Aunque es una intervención segura, existen riesgos de complicaciones, tanto a corto como a largo plazo, que deben sopesar cuidadosamente antes de optar por ella. Además, a largo plazo, las mujeres que han tenido una cesárea presentan un mayor riesgo de complicaciones en futuros embarazos, como rupturas uterinas o la necesidad de una cesárea repetida. También puede aumentar el riesgo de problemas respiratorios en el bebé, ya que no pasa por el proceso natural de compresión torácica que ocurre en el parto vaginal (Vicent & Herrero Vicent, 2021).

2. 2. El dolor en el parto.

2. 2. 1. Complicaciones a causa del dolor

Antes de hablar de las complicaciones y de su manejo es imprescindible resaltar la definición de **dolor agudo** con código **00132** según la nomenclatura enfermera NANDA *“experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o parecida a la asociada a un daño tisular real o potencial, con una duración inferior a 3 meses”* (NNN Consult, 2023).

Es importante un buen manejo y control del dolor para evitar ciertas complicaciones médicas, prolongar la estancia hospitalaria y alargar el sufrimiento innecesario. Si no hay

ninguna contraindicación, la petición de la madre de alivio de dolor es suficiente para que se instaure alguna medida médica. El dolor, a pesar de su condición natural y fisiológica, puede implicar varias consecuencias fisiológicas tanto para la madre como para el feto si no se trata adecuadamente (Cortés et al., 2020).

En primer lugar, el dolor podría provocar una hipoxemia transitoria, ya que al aumentar la frecuencia respiratoria, se disminuyen las reservas de oxígeno. También puede disminuir la perfusión uterina lo que altera la unidad feto- placentaria. Esto se explica por la estimulación del sistema nervioso simpático que genera la liberación de catecolaminas provocando un aumento de la resistencia vascular sistémica. En la madre también puede provocar un aumento de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca, dolor crónico después del parto, alcalosis, desplazamiento a la izquierda de la curva de disociación de la hemoglobina, aumento de la secreción gástrica y disminución de la motilidad gástrica (Cortés et al., 2020).

Entre los efectos psicológicos que puede implicar la vivencia del dolor en el parto, los más destacables son ansiedad o depresión en los próximos embarazos y alteraciones en la vida diaria de la mujer. El mal manejo o no tratamiento del dolor también puede conllevar deterioro de la función cognitiva, depresión postparto a las 8 semanas con una incidencia del 11,2% y estrés post-traumático por dolor (Cortés et al., 2020).

El dolor aparece durante todo el proceso del parto y es una de las mayores preocupaciones de las gestantes. El término dolor va ligado a una subjetividad inherente que dificulta su definición. La Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP) lo define como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial”. En otras palabras, se trata de un mecanismo de defensa que posee el cuerpo humano con el objetivo de detectar posibles procesos dañinos unido a una experiencia subjetiva a partir de pensamientos, sensaciones y conductas (Palet Rodríguez y Torrubia Pérez, 2023). Se produce debido a las contracciones uterinas y por la dilatación del cuello uterino, vagina y suelo pélvico para el paso del recién nacido (García et al., 2022).

El dolor en el trabajo de parto es una de las presentaciones de dolor agudo con características propias y mecanismos fisiológicos distintivos lo que lo diferencian de otros tipos de dolor. Tanto es así que según la nomenclatura enfermera NANDA el **dolor en el parto** con código **00256** se define como: “*Experiencia sensorial y emocional que varía de agradable a desagradable, asociada al parto y el alumbramiento*” (NNN Consult, 2023). También cabe destacar que para la vida de la mujer, la experiencia del momento del parto, es considerado como uno de los momentos más significativos, intensos, importantes y dolorosos. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad

Americana de Anestesiólogos (ASA), en ninguna otra circunstancia un ser humano puede experimentar un dolor tan grave sin ningún tratamiento (Cortés et al., 2020).

La percepción del dolor es un hecho subjetivo, variable, complejo y multidimensional que también comprende aspectos emocionales, motivacionales y subjetivos (Goberna Tricas y Biurrún Garrido, 2020). El origen y grado de dolor no es el mismo en todas las mujeres ya que cada persona posee un umbral de tolerancia al dolor. Además, en la percepción del dolor también influyen otros aspectos como las características de cada parto, la personalidad del individuo, el grado de conocimiento y de ansiedad experimentada durante todo el proceso, etc. Por ejemplo, una mujer presentará un mayor grado de dolor si presenta incertidumbre respecto a la duración del parto, tiene la sensación de no control sobre el proceso, se somete a intervenciones dolorosas y tiene la necesidad de un apoyo continuo y emocional por parte de los profesionales (Gavilán Rodríguez, 2020). Además, el dolor también puede variar en función del tamaño y la posición del bebé, la fuerza de las contracciones, la comodidad de la mujer, etc. (Palet Rodríguez y Torrubia Pérez, 2023).

En el proceso del parto pueden diferenciarse dos etapas cuyo origen del dolor es diferente. La primera de ellas es el periodo de dilatación donde el dolor es de tipo visceral y se transmite a través de las raíces T10- L1. Durante esta etapa la causante del dolor es la dilatación del cérvix, del segmento uterino y del útero. El periodo expulsivo es otra etapa causante de mucho dolor en las mujeres. Se trata de un dolor somático, muy intenso y localizado (García et al., 2022).

2. 2. 2. Valoración del dolor

En la actualidad, se dispone de varios instrumentos y escalas para la valoración del dolor. Una de ellas es la Escala de Valoración de la Expresión del Dolor durante el Trabajo de Parto (ESVADOPA). Mediante este método, se puede evaluar el dolor en la mujer sin interrumpir a la madre y manteniendo su intimidad ya que no requiere la atención de la madre para su uso. Otra escala muy conocida y utilizada es la Escala Visual Analógica (EVA). Esta última, al ser completada por la madre, se basa en la percepción de la mujer. En ella, se puntúa el dolor en una escala numerada pasando desde el 0 refiriéndose a la ausencia del dolor y va en aumento hasta el número 10 que significa la experiencia del peor dolor imaginable. Existen otras escalas analógicas o de gradientes de colores (Navarro et al, 2020).

2. 2. 3. Tratamiento o manejo del dolor en el parto

Existen ciertas medidas farmacológicas y no farmacológicas para aliviar el dolor. A mediados del siglo XIX, el considerado pionero en la analgesia obstétrica James Young Simpson, comenzó a utilizar el éter y el cloroformo para aliviar el dolor pero se desestimó su uso al comprobarse que podía causar a las mujeres gestantes una fibrilación ventricular y su posterior fallecimiento. En el siglo XX, en España, los partos se atendían cada vez más en los centros hospitalarios en lugar de en los domicilios de las gestantes. Es en este momento cuando se empezaron a utilizar anestésicos generales inhalatorios que administraban las matronas mediante vaporizadores portátiles, el uso de óxido nitroso auto-administrado o la anestesia espinal, paravertebral y epidural-caudal. Otro método farmacológico empleado para aliviar el dolor fue la asociación de Escopolamina con morfina por vía intramuscular o subcutánea. Esta medida finalmente se descartó por sus efectos perjudiciales en el neonato (Gavilán Rodríguez, 2020).

Con la creación de la Asociación Española de Anestesiología en la segunda mitad del siglo XX, la analgesia pasó a ser administrada por el anestesista lo que mejoró las condiciones y técnicas para administrar la analgesia epidural (Gavilán Rodríguez, 2020). La anestesia es la falta o privación ya sea total o parcial de la sensibilidad. Sin embargo, la analgesia consiste en suprimir o disminuir las sensaciones dolorosas pero manteniendo la sensibilidad. El objetivo del parto, entonces, será conseguir que la mujer no tenga dolor pero se procurará mantener la sensibilidad, siempre que sea posible (García et al., 2022).

Si se estudia en mayor profundidad las medidas farmacológicas existentes a día de hoy se observa que las más comúnmente empleadas son la anestesia epidural, la anestesia combinada espinal-epidural, el uso de opioides intravenosos o intramusculares y la inhalación de óxido nitroso.

Actualmente, la medida farmacológica más utilizada y estudiada es la analgesia epidural (AE) que se practicó por primera vez en 1901 aunque no fue hasta la década de los setenta cuando se popularizó su uso. Cataluña fue una de las Comunidades Autónomas pioneras en aplicar esta técnica en España. Se trata de una técnica muy efectiva y popular (Gobernadoras y Biurrun Garrido, 2020).

La anestesia epidural es una técnica ampliamente utilizada que consiste en la administración de anestésicos locales, con o sin opioides, en el espacio epidural. Esto provoca un bloqueo de los nervios espinales, proporcionando un control del dolor prolongado y ajustable según las necesidades de la mujer. Es considerado el "estándar de

oro" debido a su capacidad para ofrecer una analgesia efectiva durante el trabajo de parto (Palacios Vicente y Pato Piñeiro, 2008).

Por otro lado, la anestesia combinada espinal-epidural (CSE) proporciona un alivio inmediato del dolor gracias a la administración intratecal inicial, complementado con un catéter epidural para analgesia prolongada. Presenta características y contraindicaciones similares a las de la epidural, pero con un inicio más rápido del efecto analgésico (Torres, López y Hernández, 2012).

Otra opción es el uso de opioides intravenosos o intramusculares, como fentanilo o petidina, para el control del dolor en mujeres que prefieren evitar la epidural o cuando ésta no es factible. Si bien los opioides son efectivos para mitigar el dolor de manera temporal, suelen tener efectos secundarios como sedación y náuseas. Estos medicamentos se emplean comúnmente en las etapas iniciales del trabajo de parto o como complemento a otras estrategias (Pérez Martínez y García Sánchez, 2019).

Finalmente, el óxido nitroso, también conocido como gas Entonox, combina óxido nitroso al 50% y oxígeno al 50%. Se administra por inhalación bajo control de la paciente, lo que facilita una experiencia más autónoma y relajada durante el parto. Los efectos secundarios suelen ser leves e incluyen mareos y sensación de desorientación transitoria (Palacios Vicente y Pato Piñeiro, 2008).

Hoy en día se está extendiendo el uso cada vez más de las medidas no farmacológicas para ofrecer una atención menos intervencionista siempre que la gestante desee utilizarlas. Son técnicas que se centran en varios aspectos además de los factores fisiológicos y se denominan también como terapias complementarias (TC) definidas por la OMS como: "un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante" (Palet Rodríguez y Torrubia Pérez, 2023).

Algunas de estas terapias alternativas son la acupuntura, la inversión en el agua durante la dilatación, los masajes, las técnicas de relajación y respiración, acupresión y acupuntura y la hidroterapia entre otros.

En cuanto a las técnicas de masajes, también llamadas masoterapia es uno de los procedimientos no farmacológicos más comúnmente empleadas durante el trabajo de parto. Esta técnica se basa en la manipulación de los tejidos blandos, generalmente en la parte baja de la espalda o el cuello, lo cual ayuda a aliviar tensiones musculares y promueve la circulación sanguínea. La aplicación de masaje tiene efectos relajantes, contribuyendo a la

liberación de endorfinas, las cuales son conocidas por sus efectos analgésicos naturales. Además, la masoterapia también reduce la percepción de dolor al disminuir la activación del sistema nervioso simpático, que está relacionado con el estrés y el dolor (Ávila et al., 2022).

En segundo lugar, cabe mencionar la existencia de técnicas de relajación y respiración que son clave en el manejo no farmacológico del dolor durante el parto, ya que ayudan a controlar la respuesta al estrés y a reducir la tensión muscular. La respiración controlada se centra en respiraciones profundas y lentas, lo que induce una mayor oxigenación del cuerpo y promueve la relajación. Estas técnicas también involucran métodos de visualización, donde se guía a la mujer a imaginar escenarios relajantes, y el enfoque progresivo de relajación muscular, en el que se realiza un ejercicio consciente para liberar la tensión muscular (Ávila et al., 2022).

Por otro lado, la acupresión es una técnica similar a la acupuntura, pero que no requiere el uso de agujas. Esta se basa en la aplicación de presión sobre puntos específicos del cuerpo que, según la medicina tradicional china, están relacionados con la reducción del dolor y el bienestar general. Entre los puntos más utilizados en el contexto del parto se encuentran aquellos localizados en las muñecas o en los pies. En cuanto a la acupuntura, se emplean agujas finas insertadas en puntos estratégicos con el objetivo de modificar la percepción dolorosa y estimular el sistema nervioso, contribuyendo así a la liberación de sustancias como las endorfinas, que actúan como analgésicos naturales. La aplicación de estas técnicas debe ser llevada a cabo por un profesional capacitado, ya que el uso incorrecto podría provocar efectos adversos (Ávila et al., 2022).

Una de las últimas técnicas que cabe destacar, aunque existen más, es la hidroterapia. Este procedimiento hace uso de agua tibia, ya sea mediante baños o duchas, para aliviar el dolor en las distintas etapas del parto. El contacto con agua caliente puede producir una sensación de relajación generalizada que ayuda a reducir el dolor y mejora la movilidad, especialmente en las mujeres en trabajo de parto. En algunos hospitales, se emplean jacuzzis o baños especiales para mujeres en labor. Esta técnica no solo actúa sobre el dolor, sino que también facilita la movilidad de la mujer, lo que a su vez puede hacer que el parto sea más rápido y fluido. La inmersión en el agua ayuda a reducir la sensación de presión en la pelvis, lo cual proporciona un alivio considerable durante las contracciones. (Melgar, 2024).

2. 3. Los cuidados durante el parto

Históricamente, el parto pasó de ser un evento asistido en casa por matronas con un enfoque expectante, a un proceso medicalizado y tecnificado desde el siglo XVII con la introducción de instrumentos como los fórceps.

En el siglo XX, la migración del parto al entorno hospitalario acentuó la medicalización, restando protagonismo a las mujeres y subordinándolas al control médico.

Desde la década de 1980, movimientos sociales y organismos como la OMS comenzaron a cuestionar la excesiva tecnificación y a promover un modelo de atención centrado en la mujer, destacando su derecho a un parto respetuoso y participativo.

Es importante destacar el concepto de parto humanizado. En los últimos años, el modelo de atención al parto ha evolucionado hacia un enfoque centrado en la humanización, reconociendo la importancia de priorizar a la mujer, respetar su autonomía, proporcionar apoyo emocional y atención clínica (Cáceres Hernández, 2014).

La definición de parto humanizado contempla algunos factores como son:

- Centrarse en la mujer: La atención debe permitir que la mujer controle su proceso de parto y participe activamente en la toma de decisiones.
- Apoyo emocional: Crear un ambiente que respete la intimidad, las creencias y los valores de la mujer, fomentando una conexión empática entre profesional y paciente.
- Atención basada en evidencia científica: Utilizar tecnologías y prácticas justificadas, evitando intervenciones innecesarias.

El término no se limita a evitar la tecnificación del parto, sino que abarca aspectos éticos y actitudinales, como garantizar la autonomía y dignidad de las mujeres. Esto exige un cambio en las prácticas profesionales, capacitación continua y políticas institucionales que favorezcan este enfoque.

Para garantizar un buen manejo del dolor es indispensable que se cree una relación de confianza entre las gestantes y todo el equipo sanitario. En este contexto, según la teoría de las relaciones interpersonales desarrollada por Hildegard Peplau, las interacciones entre los individuos proporcionan tanto aprendizaje como crecimiento personal para enfermeros y pacientes durante todo el proceso terapéutico en el cual ambos forman parte de los cuidados y trabajan conjuntamente (Lima et al., 2024). Una de las cosas que más reclaman las mujeres al parir es que se les ofrezca información acerca de los métodos existentes para

aliviar el dolor. Para esto, es indispensable que las matronas se sigan formando y que durante todo el embarazo se vaya preparando a la gestante para el momento del parto. Para poder tener un parto positivo, la educación prenatal es indispensable.

Según la guía NICE, se debe tener en cuenta en todo momento las preferencias de la mujer y aceptar las decisiones que toma la madre (Gavilán Rodríguez, 2020). La Organización Mundial de Salud (OMS) en el parto normal destaca sobre todo la importancia de humanización en todo el proceso y la satisfacción de la gestante ya que estos aspectos se relacionan indiscutiblemente con el dolor (García et al., 2022).

En cuanto a los cuidados humanizados, en 1991 Kristen Swanson identificó cinco procesos esenciales: conocer, estar con, hacer por, mantener las creencias y posibilitar. De esta forma nació la conocida Teoría de los Cuidados de Swanson. Esta teoría ha demostrado ser útil en numerosos contextos clínicos, destacando en la práctica materna y en el cuidado infantil, cuyo objetivo es proporcionar unos cuidados integrales y un bienestar pleno a los pacientes (Berstain-García et al., 2022).

La participación activa de la gestante en la toma de decisiones es uno de los objetivos de la Estrategia de atención al parto normal. Para ello, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) ha elaborado un plan de parto que puede servir como guía y referente para que los centros asistenciales desarrollen el suyo. Una de las cuestiones que se tratan dentro de este plan de parto es la preferencia de la mujer en cuanto al método deseado para el alivio del dolor. Al incluir a la mujer en la toma de decisiones, se respeta el principio de autonomía del paciente, un derecho reconocido y respaldado por la legislación española mediante la Ley 41/2022 (Goberna Tricas y Biurrún Garrido, 2020).

El parto es un desafío que requiere redefinir la atención desde una perspectiva integral, considerando no solo factores médicos, sino también psicológicos, sociales y culturales (Cáceres Hernández, 2014).

Por último, en este apartado, se van a mencionar algunas de las Intervenciones (NIC) según la taxonomía enfermera en relación al NANDA “dolor de parto”, anteriormente mencionado. Algunos de ellos son: Aromaterapia, masaje, facilitación de la meditación, administración de analgésicos, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, acupresión, musicoterapia, etc. Todo esto, ofrece un pilar teórico esencial para la realización de los cuidados de enfermería (NNN Consult, 2023).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de la fórmula de la pregunta de investigación se ha utilizado la metodología PICO. Cuyas siglas hacen referencia a P (Paciente), I (Intervención), C (Comparación) y O (Resultados, *outcome* en inglés).

¿Son eficaces las medidas no farmacológicas para aliviar el dolor en el parto natural de la mujer gestante, en comparación con las medidas farmacológicas?

P	Paciente o problema de interés	Mujeres gestantes en el momento del parto natural
I	Intervención principal	Alivio del dolor
C	Comparación de intervención	Medidas farmacológicas y no farmacológicas
O	Resultado que interesa valorar	Conocer la literatura existente sobre los beneficios y eficacia de las medidas no farmacológicas

Tabla 1: Acrónimo PICO adaptado a esta revisión

Fuente: Elaboración propia.

4. OBJETIVOS

4. 1 Objetivo general

- Identificar las intervenciones no farmacológicas existentes durante la atención enfermera para el control del dolor en el parto natural y evaluar su eficacia en comparación con las intervenciones farmacológicas.

4. 2 Objetivos específicos

- Analizar la fisiología del dolor en el parto y los factores que influyen en su percepción.
- Identificar los métodos no farmacológicos más conocidos y utilizados para el control del dolor de las gestantes en el parto natural.
- Evaluar cómo la combinación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas puede influir en la experiencia del parto.
- Analizar la satisfacción materna mediante el uso de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor en el parto en comparación con los métodos farmacológicos.
- Relación de las intervenciones identificadas con la nomenclatura enfermera NANDA- NIC- NOC.
- Identificar diferencias respecto al control del dolor en el parto entre primíparas y multíparas.

5. METODOLOGÍA

5.1 Descripción del estudio

El presente trabajo se ha realizado a través de una revisión sistemática la cual se define como un tipo de estudio científico que recopila toda la información disponible acerca de un tema o pregunta. Tiene como objetivo identificar, analizar y evaluar la eficacia de las medidas existentes para el control del dolor, durante la atención enfermera, al parto natural. Tras la búsqueda, hemos obtenido un número total de 241 artículos.

Para la búsqueda de estos artículos originales se han utilizado 5 bases de datos electrónicas, entre las cuales se encuentran: Pubmed, Scielo, Dialnet, Cuiden y Cinahl. El tiempo de búsqueda de los distintos artículos ha sido desde enero del 2025 hasta febrero del 2025.

5.2 Términos de búsqueda

Se realizó una recopilación en lenguaje natural y sus descriptores utilizando los tesauros DeCS (descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings) para obtener los términos de búsqueda. Véase en la tabla 1.

	Lenguaje natural	DeCS	MeSH
Paciente/ problema	Mujer gestante	Mujeres Embarazadas	Pregnant Women
Intervención	Medidas farmacológicas	Administración del Tratamiento Farmacológico	Medication Therapy Management
Comparador	Medidas no farmacológicas	Terapias Complementarias	Complementary Therapies
Resultado	Alivio del dolor parto	Dolor de Parto Complicaciones del Embarazo	Labor Pain Pregnancy Complications

Tabla 2: Descriptores DeCS y MeSH.

Fuente: Elaboración propia.

5. 3 Ecuación de búsqueda

- "Labor Pain" AND "Complementary Therapies"
- "Labor Pain" AND "Medication"
- Dolor parto AND medicación
- Dolor parto AND terapias complementarias
- "Dolor de parto" AND "terapias complementarias"

5. 4 Criterios de inclusión y exclusión

Se han utilizado diferentes criterios de exclusión e inclusión con el objetivo de realizar una búsqueda más específica:

CRITERIOS INCLUSIÓN	CRITERIOS EXCLUSIÓN
Artículos publicados desde 2017 hasta 2025.	Artículos publicados antes del 2017
Artículos gratuitos	Artículos sin disponibilidad de visualización
Artículos completos	Artículos incompletos
Idioma: español, inglés y portugués.	Revisiones bibliográficas
Artículos científicos	que solo hablen de medidas farmacológicas

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión.

Fuente: Elaboración propia

5. 5 Estrategias de búsqueda

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Nº de artículos	Nº de artículos + criterios exclusión/ inclusión	Nº de artículos seleccionados por título y resumen	Nº de artículos validados
Pubmed	"Labor Pain" AND "Complemen	43	7	5	4

	tary Therapies"				
	"Labor Pain" AND "Medication"	83	26	4	1
Cinahl	"Labor Pain" AND "Complementary Therapies"	80	7	5	2
Scielo	"Dolor de parto" AND "terapias complementarias"	12	9	5	2
Dialnet	"Dolor parto" AND "terapias complementarias"	2	2	2	0
	"Mujeres embarazadas" AND "dolor parto"	107			1
Cuiden	Dolor parto AND terapias complementarias	12	6	5	1
	Dolor parto AND medicación	9	2	0	0

Tabla 4: Estrategia de búsqueda

Fuente: Elaboración propia

6. RESULTADOS

6. 1 Diagrama de flujo (PRISMA)

Para realizar la identificación y selección de artículos se han utilizado las cuatro fases del método PRISMA; identificación, cribado (selección y elegibilidad) e inclusión. (Figura 1).

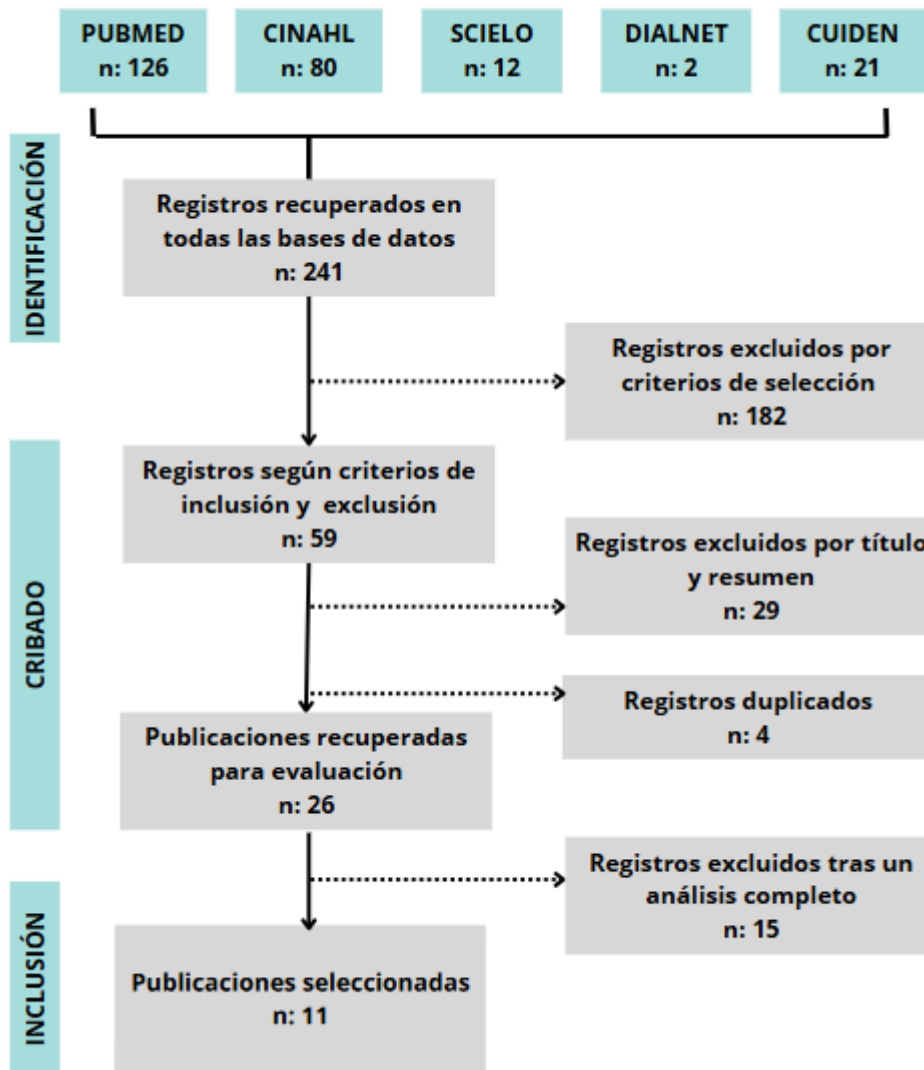


Figura 1: Diagrama de flujo

Fuente: Elaboración propia

6. 2 Tabla de resultados

Autor/s. País y año de publicación y link al art.	Objetivo	Tipo de estudio y muestra	Resumen
<p>Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brazil CM, Gabrielloni MC, Barbieri M. Brasil. 2019.</p> <p>https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026</p>	<p>Evaluar el efecto tanto de la ducha caliente como del ejercicio perineal con pelota suiza respecto a la percepción del dolor, la ansiedad y la progresión del trabajo de parto.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado y controlado junto a 128 parturientas asignadas en tres grupos de terapias, ducha caliente, pelota suiza separadamente y de forma combinada.</p>	<p>Se produjo un aumento en las puntuaciones de dolor y una reducción de la ansiedad especialmente cuando utilizaron la ducha. La dilatación cervical aumentó en todos los grupos de intervención ($p < .001$), así como el número de contracciones uterinas, especialmente en aquellas que utilizaron la bañera y la pelota conjuntamente, que también mostraron una menor duración del parto.</p>
<p>Iwona Checa, Piotr Fuchs, Anna Fuchs, Milosz Lorek, Dominika Tobolska-Lorek, Agnieszka Droszol-Cop1 y Jerzy Sikora. Polonia. 2018.</p> <p>doi:10.3390/ijerph15122792</p>	<p>Evaluar la efectividad de los métodos farmacológicos y no farmacológicos para aliviar el dolor y compararlos.</p>	<p>Estudio de Cohortes. Se incluyeron 258 mujeres quienes fueron entrevistadas mediante un cuestionario y la escala visual analógica del dolor.</p>	<p>La analgesia epidural es el método de referencia para aliviar el dolor del parto; sin embargo, se ha demostrado que el parto en agua se asocia con el mayor nivel de satisfacción de las parturientas. La satisfacción del parto depende no solo del nivel de dolor experimentado, sino también de la atención brindada a la parturienta durante el</p>

			embarazo y el parto.
<p>Dastjerd F, Erfanian Arghavanian F, Sazegarnia A, Akhlaghi F, Esmaily H, Kordi M. Irán. 2023.</p> <p>https://doi.org/10.1186/s12884-023-05689-0</p>	<p>El objetivo de este artículo es comparar el efecto del cinturón infrarrojo y la bolsa de agua caliente sobre la gravedad del dolor en la primera etapa del parto entre mujeres primíparas.</p>	<p>Se trata de un ensayo clínico controlado aleatorio y se reclutó tres grupos de mujeres primíparas que dieron a luz en el Hospital Umm Al-Banin, Mashhad, Irán, desde julio de 2019 hasta octubre de 2019. Participaron en total 136 mujeres.</p>	<p>La terapia de calor con un cinturón de infrarrojos redujo la intensidad del dolor en la primera etapa del parto. El cinturón de infrarrojos podría usarse y recomendarse como un alivio seguro y eficaz del dolor en el parto y la atención de maternidad.</p>
<p>Nidhi Mahalana, MV Smitha. India. 2023.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100240</p>	<p>Evaluar el efecto de la terapia audiovisual en el dolor del parto y la ansiedad materna.</p>	<p>Se realizó un ensayo aleatorizado, controlado, abierto y de un solo centro entre 76 mujeres primigrávidas y sin complicaciones obstétricas durante la fase activa del parto.</p>	<p>La intervención de realidad virtual redujo la intensidad del dolor y la puntuación de ansiedad informadas por el grupo experimental. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los signos vitales maternos. Tampoco en los resultados del parto ni del neonato entre los grupos.</p>
<p>Sharifi N, Bahri N, Hadizadeh-Talasaz F, Azizi H, Nezami H, Tohidinik HR. Irán. 2022.</p> <p>https://doi.org/10.1186/s12884-022-04376-w</p>	<p>El objetivo es analizar el efecto de la reflexología podal en la cuarta etapa del parto sobre los dolores posparto en mujeres múltiparas.</p>	<p>Es un ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, participaron 80 mujeres embarazadas del Hospital Allameh Bohlool en Gonabad y al Hospital 17-Shahrivar en Mashhad, Irán, en 2019.</p>	<p>La reflexología podal en la cuarta etapa del parto tiene efectos positivos en el alivio del dolor uterino postparto, especialmente a partir de la tercera hora tras el nacimiento.</p>

<p>Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Brasil. 2018.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.014</p>	<p>Evaluar la eficacia de las medidas no farmacológicas para aliviar el dolor, disminuir la duración y retrasar la necesidad de la analgesia farmacológica en el momento del parto.</p>	<p>Ensayo aleatorizado con asignación oculta, cegamiento del evaluador y análisis por intención de tratar. Participaron ochenta mujeres con un embarazo de bajo riesgo.</p>	<p>Las medidas no farmacológicas (ejercicios, masajes y ducha) reducen el dolor en el parto. Por lo tanto, se retrasa y se reduce el uso de analgésicos. Otros beneficios que presentan las medidas no farmacológicas son: expulsión más rápida, mejor estado neonatal y mayor satisfacción materna. No se identificaron efectos adversos.</p>
<p>Melo PS, Barbieri M, Westphal F, Fustinoni SM, Henrique AJ, Francisco AA, et al. Brasil. 2020.</p> <p>https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00136</p>	<p>Analizar los efectos de un baño caliente, ejercicios perineales con pelota suiza o ambos durante el parto.</p>	<p>Ensayo clínico controlado aleatorizado que incluyó 101 mujeres embarazadas de bajo riesgo ingresadas en dos centros obstétricos entre junio de 2013 y febrero de 2014</p>	<p>Las intervenciones solas o combinadas son seguras debido a la ausencia de parámetros maternos y perinatales adversos, ya que no producen cambios en los parámetros clínicos maternos como la presión arterial, parámetros cardíacos y parámetros neonatales como la FCF. El baño caliente solo o en combinación con ejercicios perineales con pelota suiza resultó en un aumento en el número de contracciones uterinas en comparación con la intervención con pelota suiza sola.</p>
<p>Goberna, J y Biurrun, A. España. 2020</p> <p>https://dialnet.unirioja.es/servlet/artic</p>	<p>Analizar la toma de decisiones respecto al manejo del dolor durante el parto, con el fin de identificar los factores de vulnerabilidad</p>	<p>Estudio mediante metodología cualitativa con una perspectiva teórico-metodológica fenomenológica. Para la recogida de</p>	<p>Las decisiones expresadas por las mujeres al elaborar el plan de parto no siempre reflejan elecciones definitivas, sino que, en muchos casos, constituyen manifestaciones de</p>

<p><u>ulo?codigo=7248641</u></p>	<p>implicados en dicho proceso y explorar las expectativas y requerimientos que las mujeres expresan hacia los profesionales de la salud.</p>	<p>datos se empleó la técnica de entrevista individual semiestructurada. El estudio se desarrolló en Cataluña y contó con la participación de 17 mujeres adultas con embarazos de bajo riesgo.</p>	<p>intención sujetas a cambios. Durante el transcurso del parto, la vivencia del dolor puede percibirse como una amenaza que intensifica su vulnerabilidad. En este contexto, el acompañamiento y la intervención de las matronas y demás profesionales sanitarios desempeñan un papel clave para mitigar esa sensación de fragilidad y ofrecer apoyo en la toma de decisiones.</p>
<p>Lara SRG, Gabrielloni MC, Cesar MBN, Barbieri M. Brasil. 2021</p> <p><u>https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0079</u></p>	<p>Evaluar los efectos de la terapia floral frente a los factores que incrementan el dolor en el proceso de parto y sus resultados en la duración del trabajo de parto.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado, controlado y triple ciego. 164 mujeres embarazadas con edad gestacional ≥ 37 semanas, dilatación cervical ≥ 4 cm, fueron divididas aleatoriamente en 2 grupos.</p>	<p>El Grupo Experimental no presentó aumento de contracciones, a diferencia del Grupo Control, que presentó aumento de una contracción para las madres en fase activa y amniorrexis. La esencia de las Cinco Flores demostró ser eficaz para reducir el tiempo de parto.</p>
<p>Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Brasil 2020.</p> <p><u>https://www.scielo.br/j/ape/a/fnLqLxc9ymjW4kNFZFJ8z5h/?format=pdf&lang=pt</u></p>	<p>El propósito de este estudio fue comparar las prácticas clínicas empleadas en partos de riesgo habitual atendidos por enfermeras obstétricas en un hospital público de Porto Alegre (Brasil) durante los años 2013 y 2016, coincidiendo con</p>	<p>Se trata de una investigación de tipo transversal, retrospectiva y de enfoque analítico. El estudio fue realizado en el centro obstétrico de un hospital público de Porto Alegre e incluyó a 186 mujeres con embarazos de bajo riesgo, cuyos</p>	<p>Se observó una reducción significativa en intervenciones médicas convencionales y un aumento en prácticas humanizadas como el uso de posiciones fisiológicas, el contacto piel con piel y el masaje terapéutico. Los resultados destacan el valor del modelo colaborativo en la promoción de un parto</p>

	la implementación del modelo colaborativo de atención en dicha institución.	partos fueron asistidos por enfermeras obstétricas.	respetado y centrado en la mujer.
Mielke KC, Gouveia HG, Gonçalves CA. Brasil. 2019 DOI: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045	Identificar la práctica de métodos no farmacológicos implementados para aliviar el dolor del parto en un hospital docente, las razones que llevaron a su uso y el grado de satisfacción.	Estudio transversal desarrollado con 586 puérperas en un hospital universitario del sur de Brasil.	Los métodos no farmacológicos más conocidos por las mujeres fueron bañarse (83,1%) y caminar (81,4%). La causa más frecuente fue la disminución de la intensidad/alivio del dolor (71,8%) fue el baño. Para el 79,9% el nivel de satisfacción fue mayor o igual a siete.

Tabla 5: Tabla de resultados

Fuente: Elaboración propia

6.3 Análisis cualitativo de los artículos

Evaluación crítica según JBI	1 ^a	2 ^b	3 ^c	4 ^d	5 ^e	6 ^f	7 ^g	8 ^h	9 ⁱ	10 ^j	11 ^k	12 ^l	13 ^m	TOTAL DE ÍTEMS	%
Ensayos Controlados Aleatorios															
Cavalcanti, et al. 2019	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	9/13	69,23
Dastjerd, et al. 2023	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	11/13	84,615
Nidhi, et al. 2023	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	13/13	100
Sharifi 2022	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	11/13	84,615
Gallo, et al. 2018	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	10/13	76,923
Melo, et al. 2020	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12/13	92,307
Lara, et al. 2021	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	11/13	84,615
<p>a) Asignación aleatoria de grupos, b) Asignación oculta, c) Comparabilidad de grupos al inicio, d) Cegamiento de los participantes, e) Cegamiento de los evaluadores, f) Tratamiento igual en todos los grupos excepto la intervención, g) Medición de resultados confiable, h) Seguimiento completo, i) Análisis por intención de tratar, j) Resultados similares para los grupos al inicio, k) Medición de resultados válida, l) Análisis estadístico apropiado, m) Diseño adecuado del estudio.</p>															

Estudios de Cohorte															
Ritter, et al. 2020	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green	-	-	8 /11	72,73
Mielke, et al. 2019	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Red	Red	Red	Green	-	-	6 /11	54,545
Goberna, et al. 2020	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Green	-	-	4/11	36,36
Checa, et al. 2018	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Red	Red	Red	Green	-	-	6/11	54,545
<p>a) Grupos similares, b) Medición de la exposición similar para la asignación, c) Medición válida y confiable de la exposición, d) Factores de confusión identificados, e) Estrategias declaradas para tratar con factores de confusión, f) Participantes libres del desenlace al inicio, g) Medición confiable del desenlace, h) Tiempo de seguimiento reportado y suficiente, i) Seguimiento completo o con justificación, j) Uso de estrategias para abordar el seguimiento incompleto, k) Análisis estadístico apropiado.</p>															

Sí	Dudoso	No
----	--------	----

Tabla 6: Calidad de evidencia según la Evaluación Crítica de JBI de los estudios seleccionados

Fuente: Elaboración propia

7. ANÁLISIS/ DISCUSIÓN

7.1 Introducción

Mediante una revisión bibliográfica de artículos científicos, se han analizado varios estudios para poder responder al objetivo general de este trabajo que consistía en la identificación, análisis y evaluación de la eficacia de las medidas no farmacológicas durante la atención enfermera para el control del dolor en el parto natural, en comparación con las medidas no farmacológicas.

Diversos estudios evidencian los beneficios que conlleva la utilización de las medidas no farmacológicas durante un parto natural de bajo riesgo. Varios métodos no farmacológicos como el baño caliente, los masajes, los ejercicios con pelota suiza, la terapia audiovisual y la reflexología podal, entre otros, han demostrado ser eficaces para disminuir el dolor y la duración del trabajo de parto.

Entre todos los beneficios que conlleva la aplicación de estas intervenciones destacan sobre todo la reducción significativa de la presión arterial sistólica y la frecuencia cardíaca maternas. También se reduce la ansiedad y anima a las mujeres a tener un parto vaginal lo que requiere menos tiempo, es económico y más satisfactorio. Como consecuencia, se obtienen unos beneficios fisiológicos adicionales ya que disminuye la incidencia de prolongación del parto lo que a su vez, disminuye la probabilidad de que el recién nacido ingrese en unidades de cuidados intensivos. Estas técnicas también redujeron la necesidad de analgésicos en el período posparto y la incidencia de la depresión posparto (Nidhi, et al. 2023).

Estas terapias complementarias resultaron ser seguras ya que ni la madre ni el recién nacido presentaron efectos adversos tras la utilización de estas técnicas. A continuación, se detallarán uno por uno los objetivos específicos formulados en el presente trabajo (Nidhi, et al. 2023).

7. 2 Fisiología del dolor y factores influyentes

El dolor durante el parto puede influir significativamente en cómo se desarrolla el nacimiento y en los resultados finales si no se maneja adecuadamente. Esto puede llevar a una menor satisfacción de la madre, a una relación más deteriorada entre ella y el recién nacido, además de un parto más largo y mayor sufrimiento fetal. El parto es uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer, y diversos factores físicos y emocionales determinan la intensidad del dolor que se experimenta en ese período.

Tradicionalmente, el dolor se ha visto como un daño en los tejidos o una enfermedad, pero investigaciones recientes han promovido una visión más integral y holística del dolor. La percepción del dolor es muy subjetiva y varía según la salud, la tolerancia y el estado psicológico de cada mujer (Checa et al, 2018).

El dolor también activa el sistema respiratorio, lo que provoca un aumento en la ventilación y en el consumo de oxígeno, además de causar alcalosis respiratoria y reducir el flujo sanguíneo hacia el bebé. Durante el parto, el dolor, la ansiedad y la preocupación pueden aumentar la liberación de catecolaminas y cortisol en la sangre (Checa et al, 2018).

Estos sentimientos activan el sistema nervioso simpático, que inicia una serie de respuestas fisiológicas, incluyendo la liberación de la hormona CRH (hormona liberadora de corticotropina). La CRH estimula a la glándula pituitaria para que libere ACTH (hormona adrenocorticotrópica), la cual promueve la producción de glucocorticoides, conocidas como hormonas del estrés, en la corteza suprarrenal. El aumento de estas hormonas puede afectar negativamente las contracciones, haciendo que el parto sea más prolongado (Checa et al, 2018).

Por último, estudios indican que un dolor y una ansiedad excesivos durante el parto pueden perjudicar al bebé, afectar el vínculo materno y retrasar la lactancia, lo que puede tener consecuencias en el comportamiento alimentario del recién nacido (Nidhi, et al. 2023).

7. 3 Métodos farmacológicos y no farmacológicos en el control del dolor

El alivio del dolor durante el parto ha sido un punto de discrepancia en el ámbito de la salud por parte del personal sanitario. El parto es un proceso fisiológico que abarca diversas dimensiones (emocional, social y cultural) y representa un gran desafío en la atención obstétrica contemporánea.

Tradicionalmente, las estrategias empleadas para mitigar el dolor se han centrado en intervenciones farmacológicas, como la analgesia epidural, los opioides o la anestesia local. Si bien estas técnicas pueden ofrecer un alivio eficaz, no están exentas de efectos secundarios, tanto para la madre como para el recién nacido y en algunos casos pueden interferir en la fisiología natural del parto o limitar la movilidad materna. Además, ciertos métodos farmacológicos como los opioides o los aines pueden provocar varios efectos secundarios tales como náuseas, vómitos, somnolencia, dolor de cabeza posterior a la punción dural, anomalías en la frecuencia cardíaca fetal, tono uterino disminuido y descoordinado, etc (Nidhi,et al. 2023).

En respuesta a estas limitaciones y en consonancia con las recomendaciones de la

Organización Mundial de la Salud (OMS), ha crecido el interés por los **métodos no farmacológicos** ya que contribuyen a que la experiencia del parto sea más respetuosa, segura y centrada en la mujer (Nidhi, et al. 2023).

Analgesia epidural

Varios estudios realizados hasta el momento indican que la analgesia epidural sigue siendo aún hoy en día el método más eficaz y el que más se recomienda para aliviar el dolor durante el parto. Un estudio del 2018 realizado en Polonia por Iwona Checa et al. concuerda con este hecho, ya que la intensidad del dolor fue la más baja en cada etapa del parto entre las mujeres que eligieron la analgesia epidural. Además, en la segunda y tercera etapa del parto, esta técnica demostró ser mejor que el óxido nitroso. A pesar de que la incidencia de complicaciones por la analgesia epidural durante el parto es baja, algunas mujeres que participaron en esta investigación manifestaron sentirse preocupadas por los efectos secundarios de la AE. En el estudio se identificaron dos casos de anemia por deficiencia como complicación de la EA. Aunque no hubo ningún caso de cefalea o lumbalgia, dos de las complicaciones frecuentes de la anestesia epidural, ninguno de nuestros pacientes.

Gas para el control del dolor

El óxido nitroso es un analgésico ampliamente utilizado durante el parto en muchos países occidentales. Se trata de un gas no inflamable, insípido e inodoro. Se empezó a utilizar por primera vez como analgésico durante el parto por Stanislav Klikovich en Polonia en 1881. Klikovich hizo públicos los resultados de su investigación, donde utilizó una mezcla de 80 % de N₂O y 20 % de oxígeno en 25 mujeres en trabajo de parto, demostrando que aliviaba el dolor sin causar efectos negativos en el recién nacido. No obstante, se observó que los efectos del óxido nitroso eran menos eficaces en comparación con la analgesia epidural. Algunos estudios indican que la mayoría de las mujeres embarazadas que utilizaron óxido nitroso estaban satisfechas con su capacidad para aliviar el dolor y reportaron experiencias positivas (Checa et al, 2018).

En el estudio citado en el apartado anterior, se demostró que el uso de óxido nitroso mostró ser la técnica que menos reducía la intensidad del dolor en el momento del parto. Además, se demostró que era estadísticamente menos eficaz en la segunda y tercera etapa del trabajo de parto en comparación con la analgesia epidural. Sin embargo, la combinación de este gas con TENS o la inmersión en agua (manejo múltiple) mostró mejores resultados.

Hidroterapia

Una de las prácticas dentro de la medicina complementaria y alternativa es la hidroterapia. Consiste en un baño de aspersion con agua caliente y es una técnica no farmacológica cada vez más utilizada durante el trabajo de parto como parte de un enfoque más humanizado en la atención obstétrica. Esta intervención se basa en el uso de agua caliente para inducir un estado de relajación física y emocional en la gestante, promoviendo la liberación de endorfina (analgésicos naturales del cuerpo) y facilitando la adaptación al dolor de las contracciones uterinas (Mielke, et al.2019).

El baño es un método no invasivo y de bajo costo que se puede ofrecer en diversos centros sanitarios. El baño además de promover la relajación muscular, favorece también el confort de la madre y no causa daño al feto. Se considera un método eficaz, descrito como una ayuda natural en el proceso de parto que mejora significativamente la circulación sanguínea de la mujer (Mielke, et al.2019).

Las mujeres que han utilizado este método han reportado sentirse seguras, relajadas y en control con la situación que están viviendo. Mediante la aplicación de esta intervención, la presión intraabdominal aumenta debido a la presión hidrostática lo que ayuda a la madre en la respiración y el cambio de posición. Además, el agua hace que los tejidos pélvicos sean más flexibles y elásticos. Como consecuencia, se reduce el dolor durante las contracciones y el número de intervenciones instrumentales durante el parto (Checa et al, 2018).

Según un estudio clínico realizado en 2013 por Cavalcanti et al., el uso de la hidroterapia no reduce la intensidad del dolor, pero sí mejora significativamente la manera en que este se experimenta, debido a la relajación muscular y al mayor bienestar general. Además, el calor favorece la elasticidad de los tejidos y la oxigenación, factores que pueden influir positivamente en la evolución del trabajo de parto.

En otro estudio realizado en Polonia en 2018 no se demostró la relación entre el parto en agua o la inmersión en agua con la reducción de la intensidad del dolor. El grupo de parturientas que eligió este método estableció que su experiencia de dolor fue menor en la primera y segunda etapa del parto en comparación con las mujeres que eligieron el otro método no farmacológico. Sin embargo, los resultados no fueron estadísticamente significativos. Cabe destacar que, en nuestro estudio, si bien el parto en agua no redujo estadísticamente el nivel de dolor, fue una técnica bien aceptada y se asoció con la mayor satisfacción entre las parturientas. Esto podría estar relacionado con la influencia relajante del agua (Checa et al, 2018).

Ejercicios con pelota suiza

Otra técnica ampliamente utilizada son los ejercicios con pelota suiza que han demostrado tener varios ejercicios en la preparación al parto natural. Esta técnica permite a la mujer adoptar posturas activas y promover el movimiento pélvico lo que estimula la dilatación cervical mediante la gravedad y el balanceo controlado. Además, el uso de la pelota fomenta la autonomía materna y su participación activa en el proceso de parto (Cavalcanti et al., 2019).

En el estudio citado, el grupo que utilizó la pelota suiza presentó una disminución notable en los niveles de ansiedad tras la intervención. Esto sugiere un efecto positivo en el estado emocional de las gestantes, especialmente en términos de control y confianza. También se observó un aumento en la frecuencia de las contracciones y una evolución favorable del trabajo de parto, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (Cavalcanti et al., 2019).

Terapia combinada

La hidroterapia y los ejercicios con pelota suiza se han probado en numerosos estudios de manera combinada para analizar los efectos que tendrían conjuntamente. Se ha demostrado que la combinación de ambas técnicas potencia los beneficios individuales de cada método. Además el uso conjunto de hidroterapia y pelota suiza no solo favorece una mejor adaptación al dolor, sino que también promueve una experiencia de parto más participativa y humanizada. Estos beneficios, junto con la accesibilidad y bajo coste de ambas técnicas, respaldan su inclusión en los protocolos obstétricos como parte de una atención centrada en la mujer (Cavalcanti et al., 2019)

En otro estudio realizado por Gallo et al, publicado en 2018 en Brasil, utilizaron una combinación de tres métodos no farmacológicos para aliviar el dolor en el momento del parto. En su estudio participaron 80 mujeres ingresadas en labor de parto al final de un embarazo de bajo riesgo. Separaron a las mujeres en dos grupos. Aquellas que formaron parte del grupo de control recibieron la atención habitual en la unidad de maternidad. Las participantes del grupo experimental, en cambio, realizaron tres intervenciones diferentes según la etapa del parto en la que estuvieran. Realizaron ejercicios de pelota suiza con una dilatación cervical 4-5 cm, masaje lumbosacro con una dilatación 5-6 cm y una ducha tibia cuando la dilatación >7cm. Después de la realización de las intervenciones se comprobó que en el grupo experimental la intensidad del dolor fue menor en comparación con el grupo de control, el estado neonatal fue mejor y la expulsión fue más rápida. También se retrasó o disminuyó el uso de analgésicos y la satisfacción materna aumentó. No se identificaron

efectos adversos asociados a estas terapias.

Realidad virtual

Otra de las terapias complementarias es la realidad virtual (RV). Tal y como muestran Nidhi Mahalana y MV Smitha en un estudio del 2023, la realidad virtual es un concepto relativamente reciente en la medicina en la cual se reduce la percepción del dolor y la ansiedad mediante la estimulación de varios sentidos al mismo tiempo. Esto proporciona un mayor alivio del dolor agudo que otros tipos de distracciones. Según los hallazgos de este estudio la implementación de esta práctica con una duración de 50 min redujo la intensidad del dolor y de ansiedad. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los signos vitales maternos y neonatales.

En otro estudio se menciona que una resonancia magnética del cerebro durante el uso de realidad virtual revela que el alivio del dolor proporcionado es comparable al ofrecido por los narcóticos y también puede aliviar la ansiedad y el dolor agudo y crónico. Además del alivio del dolor durante el parto, durante los últimos años, esta técnica también se ha utilizado en el tratamiento de quemaduras y heridas, las agujas/canulaciones y las operaciones dentales, el dolor perioperatorio (Nidhi, et al. 2023).

Terapia floral

Se sabe que algunos factores, como la fase activa del parto, la ruptura de las membranas ovulares y la inducción, aumentan el dolor del parto, llevando a las madres a entrar en un círculo vicioso de Miedo-Tensión-Dolor. El obstetra inglés Grantly Dick-Read, en su obra Parto sin miedo, se hizo mundialmente conocido por plantear cómo el intenso miedo que experimentan las mujeres durante el parto influía en la fuerte vivencia del dolor.

Otra de las terapias no farmacológicas es la terapia floral. Se trata de un concepto en el que la división cartesiana entre cuerpo y mente es superada por una perspectiva que integra elementos en una dimensión en la que la mente asume una importancia esencial. Las emociones alteran el estado físico debido al sistema nervioso central, endocrino e inmunológico. Según un estudio realizado por Lara Sonia Regina et al. en el 2021, el uso de esencias florales proporcionó calma, relajación, concentración y coraje a las mujeres, facilitando el proceso del parto. Además, también se observó que en comparación con el grupo control, se produjo una reducción de alrededor de una hora y treinta en la duración del parto desde el inicio de la intervención al nacer.

Cinturón cerámico infrarrojo

El cinturón cerámico infrarrojo es una alternativa moderna e innovadora dentro de las terapias no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Esta intervención se basa en la emisión de radiación infrarroja, que actúa a nivel profundo en los tejidos blandos, estimulando la circulación sanguínea, reduciendo la inflamación y promoviendo la relajación muscular (Dastjerd et al., 2023).

Un estudio clínico realizado por Dastjerd et al., en el año 2023 en mujeres primíparas durante la primera etapa del parto concluyó en que esta intervención logró reducción significativa en la intensidad del dolor. Asimismo, se observó un aumento de la satisfacción materna lo que sugiere no solo una buena eficacia, sino también una mejor aceptación por parte de las gestantes.

Durante este mismo estudio no se registraron efectos adversos relevantes, lo que respalda su utilización como una estrategia segura, no invasiva y fácilmente implementable en entornos clínicos. Además, puede contribuir a reducir el uso de analgesia farmacológica, lo cual resulta beneficioso tanto para la madre como para el feto (Dastjerd et al., 2023).

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)

La neuroestimulación eléctrica transcutánea es un método popular para aliviar el dolor que se ha utilizado en Europa durante 30 años. Aunque varias investigaciones afirman que es un método útil y alternativo, no resultó ser tan beneficioso según un estudio realizado en Polonia en 2018 por Iwona Checa et al.

Los resultados de dicho estudio indicaron que este método no consiguió reducir de forma eficaz el dolor del parto ni tampoco obtener el reconocimiento de las parturientas. Los datos muestran que la TENS fue el método menos satisfactorio de entre todos los demás ya que el 34% de las mujeres que eligieron esta técnica no lo volverían a utilizar. Sin embargo, la terapia combinada de TENS y óxido nítrico sí redujo la intensidad del dolor.

En resumen, existe cierta discordancia respecto a la utilización de este método para aliviar el dolor en el momento del parto. Algunos autores afirman que la TENS reduce el dolor, especialmente durante la primera etapa del parto, y cuando se utiliza más adelante, puede minimizar o posponer la necesidad de analgesia farmacológica. Otros en cambio, no están nada de acuerdo con dicha afirmación (Checa et al, 2018).

Reflexología podal

La reflexología podal es una técnica no invasiva basada en la estimulación de puntos específicos ubicados en los pies, que corresponden a órganos y sistemas del cuerpo. En un estudio realizado por Sharifi en el año 2022, se valora el efecto de esta intervención, en un grupo de mujeres, y en este se vió una reducción significativa de la intensidad del dolor en las horas posteriores al alumbramiento y una menor necesidad de analgésicos en el grupo intervenido.

Esto refuerza la hipótesis de que la estimulación de zonas reflejas puede generar efectos analgésicos sostenidos, lo que sugiere su potencial utilidad también en fases anteriores del proceso obstétrico (Sharifi et al., 2022).

7.4 Métodos no farmacológicos más conocidos y utilizados para el control del dolor de las gestantes en el parto natural

En 1996, la OMS identificó varios métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto, como el baño, masaje, técnicas de relajación, hidroterapia, electroestimulación, marcha y kinesioterapia. Con el tiempo, se han añadido otros, como ejercicios de respiración, relajación muscular, uso de la pelota suiza y caminatas, que pueden usarse solos o combinados.

En un estudio con 586 mujeres posparto, el 77,9% usó algún método no farmacológico durante el parto. La mayoría recibió información sobre estos métodos en hospitales y centros obstétricos, y muchas contaban con varias fuentes de información. La mayoría conocía más de un método, siendo el baño el más utilizado (66,6%). Las razones principales para usar estos métodos fueron reducir la intensidad del dolor, y la mayoría consideró que les aportaron beneficios. Además, una buena parte de las mujeres expresó una alta satisfacción con los métodos, con un 32,8% puntuando su experiencia con la máxima satisfacción (Mielke, et al. 2019).

En otro estudio realizado en Brasil, se entrevistaron a 100 puérperas y se constató que 62 de ellas utilizaban métodos para aliviar el dolor. Las tres más utilizadas fueron la deambulaci3n (69,3%), la ducha (58,1%) y el balón obstétrico (43,5%).

La mayoría de las parturientas aceptan usar métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto, siguiendo las recomendaciones de la OMS. Esto coincide con estudios en Curitiba y Belo Horizont. Según esta investigación la mayoría de las mujeres no recibieron orientaci3n e informaci3n sobre métodos no farmacológicos durante la atenci3n prenatal. El mejor momento para realizar. La orientaci3n que recibe la mujer embarazada durante la

atención prenatal es clave para prepararse para el parto. El mejor momento para recibir estas pautas es en el tercer trimestre, cuando están más receptivas a la información. En este momento, se deben brindar pautas sobre cómo aliviar el dolor durante el parto, incluyendo métodos no farmacológicos. Es importante que el acompañante esté presente durante la orientación para ofrecer apoyo. Además, el acompañante también colabora en la gestión eficaz del parto, ayudando, por ejemplo, en la utilización de métodos no farmacológicos.

Los autores indican que existe una relación entre la preparación para el parto y las expectativas respecto a los cuidados para el alivio del dolor, ya que una mujer bien informada y segura en el trabajo de parto tendrá una experiencia de parto más tranquila (Mielke, et al. 2019).

7.5 Satisfacción materna en la atención al parto natural

Numerosos autores hablan de la importancia de la autonomía y de la toma de decisión de la mujer en el parto y embarazo, sobre todo en el manejo del dolor. Esto lleva a reflexionar acerca de la satisfacción de las parturientas ya que como afirma en el estudio realizado por Josefina Goberna-Tricas y Ainoa Biurrun-Garrido en 2020 “si los profesionales son demasiado intervencionistas o adoptan una actitud paternalista, pueden agravar la sensación de vulnerabilidad de la mujer, dificultando la toma de decisiones autónomas”, lo cual lleva a una menor satisfacción materna debido a que merma en última instancia la toma de decisión de la gestante.

Por otro lado, la satisfacción materna va unida intrínsecamente con el manejo del dolor en el parto. Tradicionalmente se ha utilizado la epidural como técnica principal para paliar este dolor, casi sin tener en cuenta el resto de opciones no farmacológicas que existen, como técnicas de respiración, masajes, o hidroterapia (Goberna-Tricas y Biurrun-Garrido, 2020).

No obstante, se ha visto en los últimos años un deseo creciente por parte de las mujeres de aumentar el uso de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor durante el parto, y que, además, se sientan satisfechas con su elección. También en las últimas décadas existe una mayor tendencia a usar posiciones verticales las cuales son más respetuosas con la fisiología del parto, por tanto, están relacionadas con una disminución del dolor y una mayor satisfacción materna (Goberna-Tricas y Biurrun-Garrido, 2020).

Para que esto suceda es imprescindible una relación asistencial de calidad y mejorar la comunicación entre las mujeres y los profesionales de la salud. Este proceso debe incluir una información clara y completa sobre las opciones disponibles y una relación más

deliberativa que respete la autonomía de las mujeres (Goberna-Tricas y Biurrun-Garrido, 2020).

7.6 Relacionar las intervenciones identificadas con la nomenclatura enfermera NANDA-NIC-NOC

Con el objetivo de integrar el marco teórico de la taxonomía enfermera en la práctica clínica, a continuación se presenta la relación entre las intervenciones no farmacológicas identificadas durante el desarrollo del trabajo y la nomenclatura enfermera NANDA-NIC-NOC, específicamente en relación con el diagnóstico **[00256] Dolor de parto**.

Las intervenciones propuestas responden a un enfoque humanizado y centrado en la mujer, y se asocian a diferentes intervenciones NIC y resultados NOC que permiten valorar su eficacia y adecuación en el proceso del parto.

En el caso de la hidroterapia, se vincula principalmente con las intervenciones [6040] Terapia de relajación, [6482] Manejo del confort, [6720] Parto y [6830] Cuidados intraparto, al igual que los ejercicios con pelota suiza, por su capacidad para favorecer el bienestar físico y emocional de la gestante. La combinación de ambas técnicas potencia sus beneficios y se asocia igualmente a las mismas intervenciones NIC.

La aplicación de realidad virtual como método de distracción y reducción de la percepción del dolor encuentra correspondencia con las intervenciones [5900] Distracción, [6040] Terapia de relajación y [6482] Manejo del confort. Por su parte, la combinación de pelota suiza, masaje lumbosacro y ducha tibia se relaciona con las intervenciones [1480] Masaje, [6040] Terapia de relajación, [6482] Manejo del confort, [6720] Parto y [6830] Cuidados intraparto.

En cuanto a la terapia floral, aunque no existe una intervención NIC específica, puede vincularse con [5270] Apoyo emocional y [5310] Dar esperanza, dado su enfoque holístico y emocional sobre la vivencia del parto.

Todas estas intervenciones se orientan a mejorar la experiencia de la mujer durante el parto y pueden evaluarse mediante resultados NOC como [1605] Control del dolor, [2102] Bienestar emocional, [2204] Participación en decisiones sobre cuidados, [1004] Estado de confort, [1211] Nivel de ansiedad, [2508] Satisfacción con el parto y [0902] Conducta de afrontamiento.

Esta relación entre las intervenciones identificadas y la taxonomía enfermera estandarizada permite estructurar una planificación de cuidados coherente, basada en la evidencia y

centrada en la mujer. Además, esta información será retomada en un apartado posterior del trabajo, donde se analizará la coincidencia entre estas intervenciones y las que se hayan identificado en la práctica, con el fin de valorar su aplicabilidad y relevancia en el contexto clínico estudiado.

7.7 Multíparas y primíparas

Respecto al último objetivo específico de esta revisión que consiste en identificar las diferencias existentes respecto al control del dolor en el parto entre primíparas y multípara, no se ha encontrado suficiente evidencia científica que realice estudios en los que se distinga este hecho. A pesar de esto, un estudio clínico realizado en Polonia en 2018 por Checa et al, demostró que en la segunda y tercera etapa del parto, las multíparas experimentaron un dolor más intenso que las primíparas. Estos resultados fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, debido a la insuficiente cantidad de participantes no se pudo investigar el efecto de la paridad. Según varios estudios, la paridad no está asociada con el uso de analgesia epidural. Otra explicación de este resultado podría ser la experiencia previa de las mujeres, ya que los partos anteriores podrían tener un impacto en la percepción del dolor de las multíparas durante el parto actual.

8. CONCLUSIÓN

Los preceptos de humanización de la atención sanitaria recomiendan que la mujer en trabajo de parto tenga la oportunidad de aliviar su dolor con recursos farmacológicos y no farmacológicos.

La medicina alternativa y complementaria han demostrado ser una medida eficaz para reducir el dolor y aumentar la satisfacción de la mujer en el momento del parto. Con la aplicación de esta no se intentan eliminar los métodos farmacológicos pero sí que se podría reducir o retrasar su uso. Además, las intervenciones no farmacológicas mejoran la calidad de la atención al parto y son una práctica que ayuda a la mujer a que este momento de su vida transcurra con normalidad. De esta manera, se presenta un enfoque centrado en la mujer desde un punto de vista holístico, no medicalizado.

Para ello, el personal sanitario debe ser consciente de esta práctica relativamente común y disponer de información basada en evidencia sobre los efectos secundarios y los posibles riesgos del uso de la medicina alternativa.

8.1 Aplicaciones para la práctica de enfermería

Todo el personal sanitario, pero más concretamente las matronas, deben tener amplios conocimientos respecto al trabajo de parto para poder ofrecer un cuidado profesional de gran calidad. De esta manera, podrán ofrecer a las gestantes todas las opciones disponibles para que desde su plena autonomía puedan decidir el método que sea de su elección. El objetivo debería ser favorecer un parto humanizado, centrado en la mujer y su satisfacción disminuyendo así el dolor y la ansiedad que conlleva este proceso.

8.2 Limitaciones del estudio

Son varias las limitaciones que se han encontrado durante el análisis de todos los artículos mencionados. En primer lugar, cabe destacar que el efecto Hawthorne está presente en varios de ellos debido a que las mujeres en trabajo de parto sabían que estaban siendo estudiadas. En segundo lugar, varias investigaciones no utilizaban herramientas de observación conductual a ciegas lo que conlleva a una fuente de sesgo de medición. En tercer lugar, a las mujeres que se negaron a participar en los estudios generalmente no se les preguntaba la razón por la cual se negaban.

Otra de las limitaciones que se encontraron son, la falta de herramientas específicas para medir con precisión el dolor y la ansiedad, ya que muchas de las escalas utilizadas están sujetas a una alta carga de subjetividad.

Por último, cabe destacar también la escasez de estudios que combinan varias terapias no farmacológicas para el tratamiento del dolor de parto ya que la mayoría de la evidencia científica se limita a la investigación de una única medida aplicada en una etapa específica del parto. Las medidas no farmacológicas han demostrado ser eficaces por lo que

8.3 Propuesta de línea de estudios futuros

Atendiendo a las limitaciones y a la falta de información que se han encontrado en esta revisión se propone una línea de estudios futuros. En ellos se plantea mejorar algunos aspectos como son: la distinción entre mujeres multíparas y primíparas, ya que no se ha encontrado suficiente evidencia al respecto. Así como estudios con un mayor seguimiento a todas las mujeres durante el postparto para valorar posibles efectos adversos, entre otros.

Otra propuesta para futuras investigaciones sería poder trabajar siguiendo la nomenclatura de enfermería ya que no se han encontrado estudios que hagan uso de ella.

Por último, tal y como se menciona en el apartado anterior no existe demasiada evidencia científica que investigue varias terapias simultáneamente. Las terapias no farmacológicas han resultado ser eficaces, por lo que la combinación de diferentes intervenciones podría producir mejores resultados. Se propone por lo tanto, realizar estudios que combinen varias terapias no farmacológicas para el tratamiento del dolor durante un parto natural.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Berstain, I., Álvarez, A., Huerta, M. I., y Casique, L. (2022). Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. *SANUS Revista De Enfermería*, 7(18). <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>
- Cavalcanti, ACV., Henrique, AJ., Brasil, CM., Gabrielloni, MC y Barbieri, M. (2019). Terapias complementarias en el trabajo de parto: ensayo clínico randomizado. *Rev Gaúcha Enferm*, 40. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>
- Cáceres Hernández, A. (2014). *La gestión del dolor en el parto: La importancia de los cuidados y la analgesia*. Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/49091>
- Cáceres Manrique, F., Mayerly Giselly N. y Lizarazo Castellanos A. (2020). Elaboración y validación de una cartilla sobre el parto humanizado. *Enfermería Global*, 19 (60), 64-84. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412771>
- Checa, I., Fuchs, P., Fuchs, A. et al. (2018). Métodos farmacológicos y no farmacológicos para el alivio del dolor del parto: establecimiento de eficacia y comparación. *Int. J. Environ. Res. Salud Pública*, 15. doi:10.3390/ijerph15122792
- Cortés, F., Merino, W. y Bustos K. (2020). Percepción del dolor durante el trabajo de parto: una revisión de los factores involucrados. *Rev Chil Anest*, 49, 614-624. doi: 10.25237/revchilanestv49n05-05
- Dastjerd, F., Erfanian Arghavanian, F., Sazegarnia, A. et al. (2023) Efecto del cinturón infrarrojo y la bolsa de agua caliente en la intensidad del dolor de parto en primíparas: un ensayo controlado aleatorizado. *BMC Pregnancy Childbirth* 23 , 405. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05689-0>
- Gallo, S., Santos, L., Marcolin, AC. et al. (2018). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 64 (1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.014>
- García Castillo A., Macía Lapuente J., Martín Tarifa L, et al. (2022). Métodos alternativos para el alivio del dolor en el parto. *RS I*, 3 (11). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8707987>

- Gavilán Rodríguez, L. (2020). Experiencias de las mujeres que influyen en la elección de un método de alivio del dolor durante el trabajo de parto en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. *Nure Inv*, 17 (104). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7474854>
- Goberna Tricas, J. y Biurrún Garrido, A. (2020). El alivio del dolor en el parto: Empoderamiento y vulnerabilidad de las mujeres en la toma de decisiones. Estudio cualitativo. *Musas*, 5 (1), 79-97. <https://doi.org/10.1344/musas2020.vol5.num1.5>
- Lara, SRG., Gabrielloni, MC., Cesar, MBN. et al. (2021). Effects of floral therapy on labor and birth: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm*, 74 (6). <https://doi.org/10.1590/00>
- Lima, KS., Bezerra, TB., Pinto, AGA. et al. (2024). El papel de la enfermería en el ciclo embarazo- puerperio: la percepción de las puerperas a la luz de la teoría de Peplau. *Cogitare Enferm*, 29. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95829>
- Melgar, G. (2024). *Manejo no farmacológico del dolor*. Recuperado el 13 de diciembre de 2024, de <https://aulaginecologia.com/mujeres/manejo-no-farmacologico-del-dolor/>
- Melo, P. S., Barbieri, M., Westphal, F. et al. (2020). Parâmetros maternos e perinatais após intervenções não farmacológicas: um ensaio clínico randomizado controlado. *Acta Paul Enferm*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0136>
- Mielke, KC., Gouveia, HG., Gonçalves, CA. (2019). A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. *Av Enferm*, 37(1), 47-55. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>
- Navarro, S., Sánchez, M., Martín, A. et al. (2020). Development and Validation of a Rating Scale of Pain Expression during Childbirth (ESVADOPA). *Int. J. Environ Res. Public Health*, 17, 5826. doi:10.3390/ijerph17165826
- Nidhi, Mahalan y Smitha, MV. (2023). Effect of audio-visual therapy on pain and anxiety in labor: A randomized controlled trial, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 20. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100240>.
- Ritter, SK., Gonçalves, AC., Gouveia, HG. (2020). Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm*, 33, 1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>

- Sharifi, N., Bahri, N., Hadizadeh-Talasaz, F. et al. (2022). Ensayo clínico aleatorizado sobre el efecto de la reflexología podal realizada en la cuarta etapa del parto en el post dolor uterino. *BMC Pregnancy Childbirth* 22 , 57. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04376-w>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS para el cuidado durante el parto para una experiencia de parto positiva* (WHO/RHR/18.12). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- Öztürk, R., Eminov, A. y Ertem, G. (2022). Uso de medicina complementaria y alternativa en el dolor durante el embarazo y el parto: un estudio transversal en Turquía. *BMC Complement Med Ther* 22 , 332. <https://doi.org/10.1186/s12906-022-03804-w>
- Palacios Vicente, R., y Pato Piñeiro, A. (2008). Analgesia del parto. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 51(8), 413-424. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(08\)71103-8](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(08)71103-8)
- Palet Rodríguez, M. y Torrubia-Pérez, E. (2023). Utilidad de las terapias complementarias en el manejo de dolor durante el parto: una revisión integradora. *Enfermería global*, 22(2), 465–496. [dx.doi.org/10.6018/eglobal.529861](https://doi.org/10.6018/eglobal.529861)
- Pérez Martínez, L., y García Sánchez, M. (2019). El manejo del dolor en el parto: estrategias farmacológicas y no farmacológicas. *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, 81(4), 246-258. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8864451.pdf>
- Tamparillas González, M. C., De la Torre Ibáñez, M., Moreno Ruiz, Y. et al. (2024). *Tipos de partos: natural, instrumentado y cesárea*. *Revista Médica*, 7(3), 195. <https://revistamedica.com/tipos-partos-natural-instrumentado-cesarea/>
- Torres, M., López, A., y Hernández, F. (2012). Manejo del dolor en el parto: aspectos clínicos y técnicas disponibles. *Ginecología y Obstetricia México*, 80 (11), 692-703. <https://doi.org/10.1016/j.ginmex.2012.07.017>
- Vicent, R., y Herrero Vicent, C. (2021). Evaluación del impacto del parto mediante cesárea frente al parto vaginal en mujeres con depresión posparto: Revisión sistemática cualitativa. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48 (4). <https://doi.org/10.1016/j.gine.2021.10068>