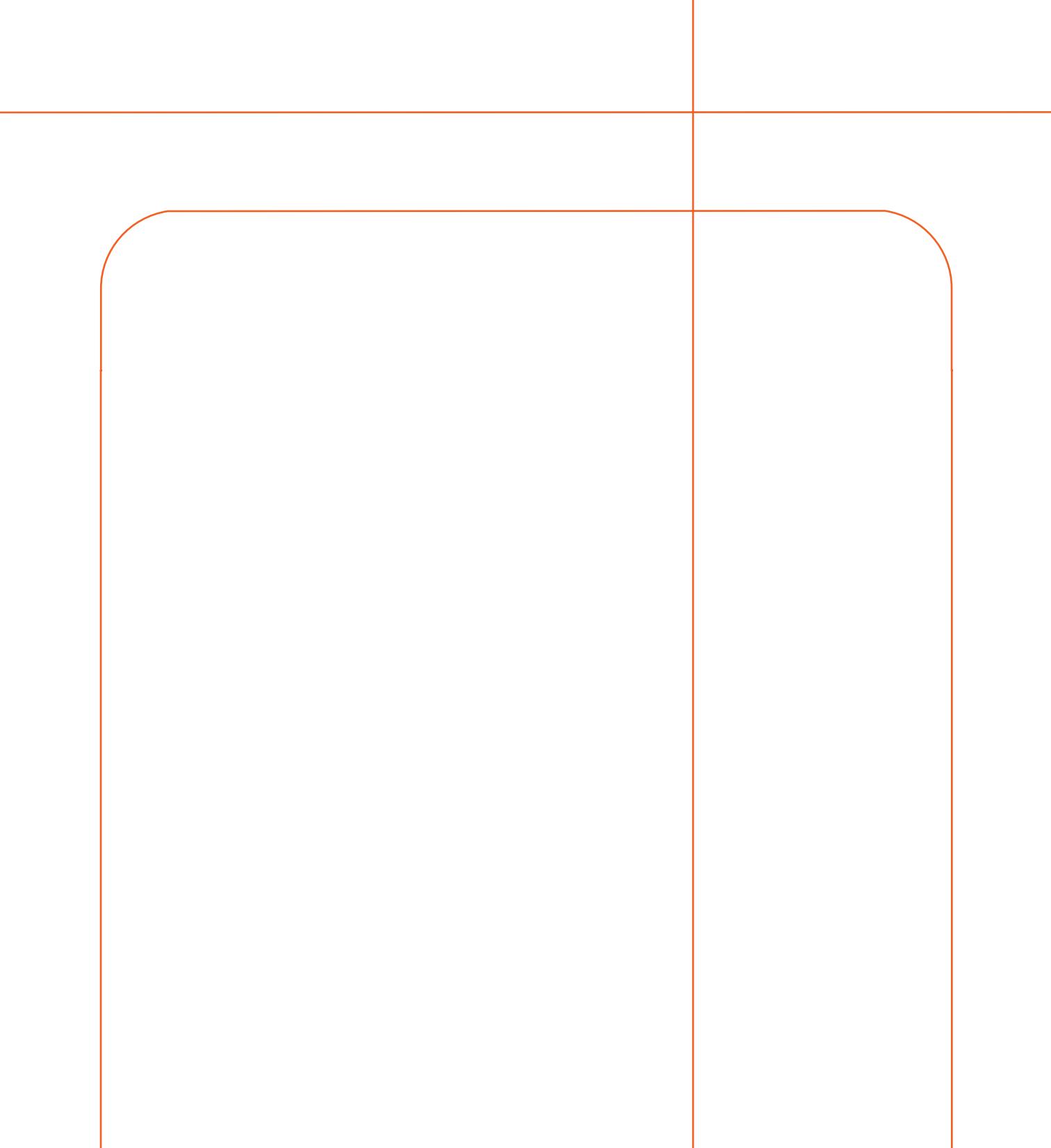


Técnicas complementarias para el alivio del dolor en el parto

- El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe de ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona.
- Debe proporcionarse información a las mujeres en la gestación y el parto sobre los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles.
- Las técnicas complementarias no farmacológicas de alivio del dolor en el parto que se utilizan son:
 - Deambulación y cambios de posición durante la dilatación y el expulsivo.
 - Apoyo continuo de la gestante.
 - Uso del agua como analgésico.
 - Inyecciones de agua estéril.
 - TENS, acupuntura, técnicas de relajación y masajes.



TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO

El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona.

El dolor experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto es producto de una acumulación de estímulos fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Las sensaciones difieren sustancialmente de una mujer a otra en cada uno de sus partos.

Se considera dolor a la experiencia sensorial y emocional desagradable, única, subjetiva y multidimensional, en relación con alguna alteración física y/o condicionantes afectivos, sociales y culturales. La gran variedad de factores que intervienen en la vivencia del fenómeno doloroso explican las diferencias personales y socioculturales en su apreciación y manifestación, así como los modos de afrontarlo^{1,2}.

La experiencia dolorosa abarca sensaciones, sentimientos y respuestas de comportamiento en torno a la sensación del dolor antes, durante y después de experimentarlo. En este sentido, la expresión del dolor por parte de cada mujer debe ser respetada. Se hace precisa, por tanto, una personalización de los recursos disponibles para el manejo del dolor en el parto.

En general, se proporciona más información a las gestantes sobre los métodos farmacológicos para el alivio del dolor, especialmente más acerca de la analgesia epidural que sobre los métodos complementarios o alternativos. Cuando se ofrece información a las gestantes sobre el alivio del dolor en el parto es necesario incluir todas las opciones existentes, y no informar sólo de las ventajas y desventajas de la analgesia epidural^{3,4}.

La utilización de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor incluye una amplia variedad de técnicas encaminadas a mejorar las sensaciones físicas y también para prevenir la percepción psicemocional del dolor. Los principales métodos no farmacológicos de alivio del dolor en el parto son:

Libertad de movimientos

Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa^{5,6}.

La evidencia disponible sugiere que si la mujer está en posición vertical en la primera fase del parto tiene menos dolor⁷, menos necesidad de analgesia epidural⁸, menos alteraciones en el patrón de la FCF⁹ y se acorta el tiempo de la primera fase del parto¹⁰. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis.

Apoyo continuo durante el parto

Los efectos del apoyo continuo de la mujer durante el parto ha sido objeto de una revisión Cochrane, en la que se ha concluido que las mujeres que contaron con apoyo continuo durante sus partos tuvieron menor necesidad de analgésicos y estuvieron más satisfechas con la experiencia¹¹.

Uso del agua

La utilización del agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina y acorta el periodo de dilatación, y aumenta la sensación de control del dolor y la satisfacción. Los resultados de la revisión Cochrane¹² muestran que la utilización del agua caliente reduce de forma estadísticamente significati-

va el uso de analgesia epidural durante el periodo de dilatación sin efectos adversos en la duración del trabajo de parto, la tasa de partos quirúrgicos y el bienestar neonatal (figura 1). No existe evidencia de cómo influyen los diferentes tamaños de la bañera, el volumen de agua empleado, etc. (figura 2).

La temperatura del agua no debe superar los 37°C¹³ y no se aconseja la inmersión durante más de 2 horas¹⁴. La inmersión debe producirse cuando la mujer se encuentre con una dilatación de al menos 5 cm, ya que la inmersión en una fase temprana del parto puede inducir a partos prolongados y al uso de analgesia epidural y oxitocina¹⁵. La rotura de membranas no contraindica el uso del agua.



Figura 1. Utilización del agua en la dilatación

Inyecciones de agua estéril

Esta forma de analgesia consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intracutánea (0,1-0,5 ml). Se ha estudiado también la administración subcutánea con resultados más débiles en cuanto a su efectividad analgésica.

Mediante la administración de agua estéril se forman unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos a través de los nervios espinales¹⁶.

Las inyecciones deben ponerse a ambos lados de la base de la columna vertebral, en la pequeña de-



Figura 2. Utilización de la bañera en la dilatación

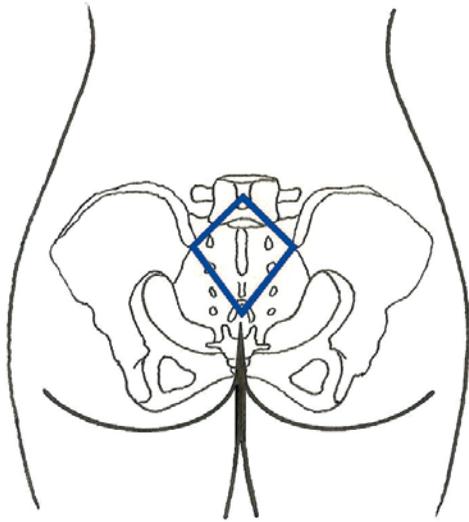


Figura 3. Rombo de Michaelis

presión muscular existente a ambos lados de ésta: región lumbosacra dentro del área comprendida por el rombo de Michaelis¹⁷ (figura 3). El efecto comienza a los pocos segundos, es máximo a los 30-40 minutos y puede durar en torno a los 90 minutos. La analgesia se produce exclusivamente para el dolor lumbar, pero no es efectiva para el dolor abdominal ni perineal. Se recomienda la aplicación temprana durante la fase de dilatación.

Existen varios estudios con buena calidad metodológica en los que se demuestra su efectividad analgésica¹⁸⁻²³.

Otras técnicas

Hay otras técnicas no farmacológicas de alivio del dolor en el parto sobre las que no existe evidencia científica demostrada, aunque algunos ensayos clínicos recomiendan su utilización.

Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)

Consiste en una estimulación nerviosa eléctrica transcutánea que aporta beneficio psicológico y autonomía. Este método consiste en un generador de impulsos eléctricos conectado a uno o dos pares de electrodos que son adheridos a la piel en la zona en que se pretende reducir el dolor. En concreto, en su uso para el trabajo de parto, los electrodos se colocan a ambos lados de la espina dorsal, en la parte media y baja de la espalda.

Es la propia mujer la que, mediante un pulsador, puede controlar el generador y aumentar la intensidad de la corriente eléctrica durante las contracciones. Su utilidad se basa en que los estímulos procedentes del aparato viajan más rápidamente que los estímulos dolorosos, bloqueando la transmisión de estos últimos hacia el cerebro (teoría del cierre de la puerta de entrada de los estímulos dolorosos motivada por estímulos eléctricos previos). Además, parece influir en la secreción de endorfinas, aumentando sus niveles. Se trata de un dispositivo portátil, que permite la movilidad de la madre durante la dilatación, es de manejo muy sencillo y carece de efectos adversos (salvo una leve irritación de la piel). Al ser conectado, la mujer siente un leve cosquilleo cuya intensidad puede ajustarse manualmente, controlando la intensidad de emisión de los impulsos en función del grado de dolor²⁴.

Se sugiere su uso exclusivamente durante la fase de dilatación y, de manera preferente, al inicio del trabajo de parto, cuando el dolor no es demasiado intenso. Su efectividad ha sido objeto de varios estudios en los últimos años, al existir experiencias contradictorias tras su empleo para el alivio del dolor del parto. Se considera que el dispositivo TENS podría tener un beneficio psicológico para las mujeres que lo usan, debido a la posibilidad de contar con

un dispositivo de manejo del dolor controlado por ellas mismas, y se recomienda en los casos en que esté desaconsejado el empleo de métodos farmacológicos o como elemento complementario para el manejo del dolor del trabajo de parto. En una revisión sistemática sobre este tema, basada en ocho ensayos controlados y de distribución aleatoria, se concluyó que los estudios analizados no proporcionaban evidencia clara de la efectividad analgésica de el TENS durante el parto. La asociación entre el uso de esta técnica y el alivio del dolor fue débil, y no permitió concluir la eficacia del método²⁵. Cuando se ha tratado de medir el grado de satisfacción de las mujeres con esta técnica, se ha constatado que ésta es de hasta un 96%²⁶.

Acupuntura

Aunque no se ha podido establecer una conclusión sobre la eficacia analgésica de este método para el tratamiento del dolor, algunos ensayos encuentran diferencias significativas respecto al acortamiento de la duración del parto y menor uso de analgesia²⁷.

Técnicas de relajación

Permiten una disminución de la tensión muscular y proporcionan tranquilidad. No existe una revisión sistemática de estudios que evalúen la eficacia de las técnicas de relajación en la reducción del dolor, aunque hay algunos artículos que concluyen que existe una percepción subjetiva de mayor control por parte de la mujer. Existe también una disminución de la ansiedad, una mayor distracción de la atención al dolor y una reducción de su percepción²⁸.

Masaje

Incluye la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo y se utiliza para ayudar a relajar los mús-

culos tensos y suavizar y calmar a la gestante. Dos ensayos efectuados concluyen que la utilización del masaje durante el parto mejora la relajación y reduce el dolor porque mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos²⁸ (figura 4).

Existen otros métodos como la hipnosis, aromaterapia, audioanalgesia, reflexología y música que han sido revisados por la Biblioteca Cochrane en los que no se encuentra evidencia científica²⁹.

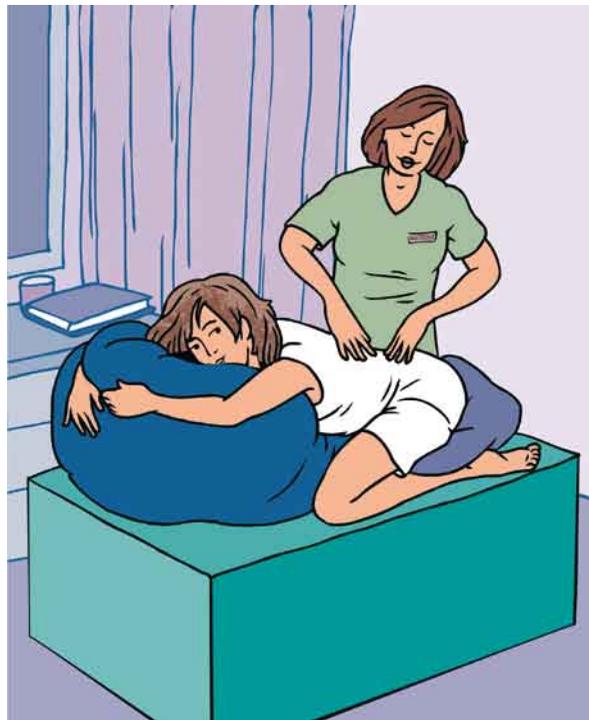


Figura 4. Masaje

BIBLIOGRAFÍA

1. Celesía MC. Mitos y realidades de la analgesia para partos. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2003; 22(1): 22-7.
2. Torres LM. *Medicina del dolor*. Barcelona: Masson, 1997.
3. 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*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
4. De Palma MT; Weisse, CS. Psychological influences on pain perception and non-pharmacologic approaches to the treatment of pain. *J Hand Ther*. 1997 Ap-Jun; 10(2): 183-91.
5. Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labour: an investigation of women's experiences. *Birth*. 2003; 30: 189-94.
6. Melzack R, Bélanger E, Lacrois R. Labor pain: effect on maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage*. 1991 Nov; 6(8): 129-39.
7. Melzack R, Bélanger E, Lacrois R. Labor pain: effect on maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage*. 1991 Nov; 6(8):129-39.
8. William RM, Thom MH, Studd JVV. A study of thre benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1980 Feb; 87: 122-6.
9. Flynt AM, Kelly J, Hollins G y cols. Ambulation in labour. *BMJ*. 1978 Aug; 26: 591-93.
10. Allahbadia GN, Vaidia PR. Why deliver in the supine position? *Aust NZ J Obstet Gynaecol*. 1992 May; 32(2): 104-6.
11. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
12. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
13. Charles C. Fetal hyperthermia risk from warm water immersion. *Br J Midwifery*. 1998; 6(3): 152-6.
14. Odent M. Can immersion stop labour? *J Nurse Midwifery*. 1997 Sep-Oct; 42(5): 414-6.
15. Eriksson M, Mattson L-A, Ladfors L. Early or late during the first stage of labor: a randomised study of 200 women. *Midwifery*. 1997; 13: 146-8.
16. Dahl V, Aarnes T. Sterile water papulae for analgesia during labour. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1991 May; 111(12): 1.484-7.
17. Bradford N. *Childbirth doesn't have to hurt. Strategies for an easier labour*. Londres: Vega, 2002.
18. Martensson L, Wallin G. Labour pain treated with cutaneous injections of sterile water: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999 Jul; 106: 633-7.
19. Martensson L. Subcutaneous versus intracutaneous injections of sterile water for labour analgesia: a comparison of perceived pain during administration. *Br J Obstet Gynaecol*. 2000; 107(10): 1.248-51.
20. Trolle B, Moller M, Kronborg H, Thomsen S. The effect of sterile water blocks on low back labor pain. *Am J Obstet Gynecol*. 1991 May; 164 (5): 1.277-81.
21. Ader L, Hansson B, Wallin G. Parturition pain treated by intracutaneous injections of sterile water. *Pain*. 1990 May; 41(2): 133-8.
22. Labrecque M, Nouwen A, Bergeron M, Rancourt JF. A randomised controlled trial for nonpharmacological approaches for relief of low back pain during labor. *J Fam Pract*. 1999 Apr; 48(4): 259-63.
23. Reynolds JI. Intracutaneous sterile water for back pain in labour. *Can Fam Physician*. 1994 Oct; 40: 1.785-8, 1.791-2.

24. Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. *Matronas Prof.* 7 (1): 14-22.
25. Carroll D, Tramer M, McQuay H, Nye B, Moore A. Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997 Feb.; 104(2): 169-75.
26. Faggian L, Zennaro R, Luppari T, Ciciarella R, Sannito F, Tirocinio A y cols. Transcutaneous electrical nerve stimulation as treatment of the delivery pain. *Rivista di Ostetricia e Ginecologia.* 1999; 12(1): 39-42.
27. Rammero A, Hanson U, Kihlgren M. Acupuncture for labor pain management: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Nov; 19(85): 1.573-9.
28. Simkin P, O' Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: S131-59.
29. Smith CA, Collins CT, Zina AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software LTD. Disponible en: <http://www.update-software.com>