

Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto

Non pharmacological alternatives for pain relief in labor

Autores: Verónica Caballero Barrera (1), Paula José Santos Pazos (2), María Luisa Polonio Olivares (3).

Dirección de contacto: veronica_cb90@hotmail.com

Fecha recepción: 19/04/2016

Aceptado para su publicación: 21/07/2016

Fecha de la versión definitiva: 28/09/2016

Resumen

El dolor experimentado por las mujeres durante el parto podemos asociarlo a razones físicas, influencias culturales, religiosas, sociales, etc. La analgesia neuroaxial es el método farmacológico más popularizado para el alivio del dolor. Puede ir acompañado de complicaciones como hipotensión, retención urinaria, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental. No está relacionado con el aumento de cesáreas. El uso de los tratamientos complementarios no farmacológicos para el alivio del dolor en el trabajo de parto está incrementándose entre las consumidoras de todo el mundo. Sin embargo, en España la implementación de estos métodos de reconocida eficacia y seguridad, que interfieren menos con la fisiología del parto aún son escasos.

Palabras clave

Embarazo; Dolor; Analgesia; Atención de Enfermería; Trabajo de parto.

Abstract

The pain that women feel during the childbirth could be associated to physical, cultural, religious, social influences, etc. Neuraxial analgesia is the most popular method for pharmacological pain relief. It may be accompanied by complications such as hypotension, urinary retention, fever and lengthens the second stage of labor, increasing the risk of instrumental delivery. It is not related to the increase in caesarean sections. Complementary alternative medicine to relieve the pain of labor is increasing among women worldwide. However, in Spain the implementation of these methods recognized efficacy and safety, which interfere less with the physiology of childbirth is still very low.

Key words

Pregnancy; Pain; Analgesia; Nursing Care; Labor, Obstetric.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1-3) Enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas). Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional para Estudio del Dolor (IASP) definió dolor como una *"experiencia sensorial o emocional no placentera, producida por un daño tisular actual o potencial, o descrita en términos de ésta"*.

El dolor experimentado por las mujeres durante el parto es producido por las contracciones uterinas y dilatación del cérvix, al final de la primera etapa y durante la segunda, por la dilatación de la vagina y de las estructuras del suelo pélvico. No podemos asociarlo únicamente a razones físicas; influencias culturales, religiosas, sociales, afectan a la percepción del dolor, y a veces incluso nos predispone a sentir lo que estos factores auguran encontrarnos en el momento del parto (1-2).

Según los Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe, el embarazo y el parto son unos de los procesos vitales más estresantes para la mujer.

La satisfacción y la vivencia del momento del parto están íntimamente ligadas al dolor. Las expectativas previas, el nivel de preparación y las complicaciones durante la dilatación-expulsivo son otros de los factores que condicionan esta experiencia.

Las matronas son el personal de referencia para las mujeres embarazadas, la relación y la información proporcionada desde el primer contacto en Atención Primaria afecta directamente en las decisiones y la manera de afrontarlo (3-5).

La educación maternal brinda la oportunidad a las mujeres a prepararse para un parto menos doloroso, existen estudios que afirman una asociación positiva entre la participación en estas sesiones y el nivel de dolor expresado por la parturienta.

El empoderamiento de las mujeres supone que sean capaces de vivir su proceso de parto como protagonistas del mismo, y queden más satisfechas cuando sus expectativas de dolor y de elección del manejo del mismo se cubran y se cumplan (6-8).

La institucionalización de los cuidados y la cultura paliativa del dolor que se ha impuesto en nuestra sociedad ha propiciado la búsqueda de elementos que disminuyan el padecimiento de la madre durante el trabajo de parto (9-10).

La utilización de la analgesia epidural se popularizó en España, para estas ocasiones, a finales del siglo pasado. Constituyendo una práctica eficaz y de gran interés para aliviar el dolor en el trabajo de parto (11).

En Andalucía, para impulsar definitivamente su difusión, se promulgó el Decreto 101/95 de 18 de abril de 1995 que regula la asistencia analgésica durante el parto. A partir de este momento la demanda de este tipo de analgesia farmacológica fue en aumento (1).

Un estudio elaborado por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados-Consejo Superior de Investigaciones Científicas de la Junta de Andalucía señala que en el año 2000 un 13,5% de las mujeres asistida en hospitales de nuestra comunidad no optaban por este tipo de analgesia, mientras que en 2007 se redujo la cifra a un 2,8% (1).

En los últimos años se está reforzando una nueva y diferente postura frente a esta técnica. Sin embargo, la implementación de otros métodos de alivio del dolor (no farmacológicos), de reconocida eficacia y seguridad, que interfieren menos con la fisiología del parto y en el protagonismo de la mujer aún son escasos.

Se define Medicina Complementaria a aquellas prácticas e ideas que quedan fuera del dominio de la medicina convencional, y que favorecen la prevención el tratamiento, la promoción de la salud y el bienestar de los usuarios (12-14). El trabajo de parto es un reto fisiológico y psicológico para las mujeres. El momento en que el trabajo de parto se hace más inminente puede ser de emociones conflictivas; el miedo y la aprehensión pueden coincidir con la excitación y la felicidad. El uso de los tratamientos complementarios y alternativos se ha hecho popular entre los consumidores de todo el mundo. Las mujeres en edad reproductiva son las que más frecuentemente utilizan los tratamientos complementarios, casi la mitad de las mismas (dependiendo de la población la tasa de prevalencia oscila entre 1-87%) (15-16).

A continuación se especifican alguno de ellos:

Biofeedback

También conocido como retroalimentación biológica, es un método a través del cual las mujeres aprenden a reconocer señales de su cuerpo (temperatura, frecuencia cardíaca, tensión muscular...), con el fin de cambiar su respuesta. Estas funciones son parte del sistema autónomo y comúnmente operan en un nivel subconsciente. A través de sensores, estas variables se traducen en una señal visual y acústica. Por ejemplo, cuando los músculos de las mujeres se relajan, observan como la línea de base del papel disminuye y el sonido que emite el aparato baja de intensidad, mientras que si los músculos se tensan oyen un sonido fuerte o ven un flash rápido. Los participantes son entrenados para poder "dirigir la respuesta", y

con la práctica conseguir relajarse. Esta respuesta aprendida es la que posteriormente la mujer pone en práctica en el trabajo de parto (17-18).

Hipnosis

Este término fue propuesto por James Braid en 1840, fue en 1960 Platanov lo adoptó como método de alivio del dolor del trabajo de parto (19). Sugirió para ayudar a hacer frente a temores y ansiedades que supone para las mujeres esta situación, intentando centrar la atención en los sentimientos de comodidad o adormecimiento, para así mejorar la relajación y la sensación de seguridad. Se intenta llegar a un estado de máxima atención, reducción de la conciencia a estímulos externos y aumento del control del estado de ánimo o comportamiento. Las mujeres pueden ser guiadas por un personal sanitario o pueden aprender auto-hipnosis en la educación prenatal para su posterior uso durante el parto. El individuo en estado hipnótico no pierde el control de sus pensamientos y acciones. La mujer que usa la hipnosis es totalmente consciente y controla en todo momento lo que está pasando a su alrededor (16).

Masaje y Reflexología

El masaje incluye la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo y la reflexología es la manipulación o la presión suave en ciertas partes del pie para producir un efecto en otro sitio del cuerpo. Ayuda a las mujeres a relajarse, transmitir interés, comprensión, procurar consuelo, y por lo tanto a reducir el dolor durante el trabajo de parto. Puede ser administrado tanto por la matrona como por la pareja (2).

Cuando la mujer está experimentando dolor de espalda durante el parto, puede calmarle masajes sobre el área lumbosacra. Los impulsos nerviosos generados por el masaje, compiten por los receptores cerebrales tanto como los impulsos del dolor (20-22).

Transcutaneous electrical nerve stimulation (Tens)

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 donde se quiere reducir el dolor local. Se deben colocar los electrodos a ambos lados de la columna en la zona baja lumbar. La mujer mediante un pulsador puede controlarlo de forma autónoma, y aumentar la intensidad de la corriente eléctrica si lo precisa.

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. 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).

Se sugiere su uso exclusivamente durante la fase de dilatación y, de manera preferente, al inicio del trabajo de parto (23).

Acupuntura y Acupresión

La idea de un medio interno y un medio externo es fundamental en la filosofía de la Medicina China Tradicional. El cuerpo humano engloba un flujo constante de energía, o fuerza vital, llamada "chi", "ki" o "qi". Esta energía fluye por el cuerpo a través de unas vías llamadas "meridianos", afectando al funcionamiento de todos los órganos. Conservamos la salud cuando el flujo de energía se encuentra equilibrado en el medio interno y en el medio externo.

Por el contrario, enfermamos cuando algún suceso, interno o externo, interrumpe dicho flujo. A lo largo de los meridianos se encuentra un gran número de puntos de presión que actúan como "válvulas" en el flujo de chi. Al estimular los puntos adecuados el equilibrio se restablece, aliviando los síntomas (15).

Aprender a utilizar la acupuntura y la acupresión puede ayudar a la reducción del dolor en el trabajo de parto, reduciendo la necesidad de analgesia farmacológica.

La primera se realiza con unas agujas finas y la segunda el profesional o la misma persona utiliza las manos y los dedos. Para estimular un punto de digitopuntura de manera adecuada se debe ejercer una presión profunda con el dedo índice de la mano, con el puño cerrado o con la punta de algún objeto rígido, por ejemplo, la parte opuesta a la punta del lápiz. Probablemente se realice como una sacudida, que se convertirá posteriormente en una sensación de entumecimiento u hormigueo de la zona que se irradia desde el punto. La presión se aplica durante 15 a 30 segundos, el alivio es inmediato. Suele recomendarse repetir utilizando el mismo punto en el otro lado de su cuerpo, aunque en ocasiones los puntos en lados opuestos tienen diferentes efectos.

Lo ideal sería practicar la digitopresión-acupuntura en un lugar tranquilo y relajado, evitando el

ejercicio físico, comidas copiosas, alcohol u otro tipo de drogas antes de realizarlo (23-25).

Pelota de parto

Se encuentra íntimamente ligado a la libertad de movimientos, al balanceo pélvico y a la posición vertical materna. Proporciona una movilidad multidireccional y sustento a la musculatura pélvica, al tiempo que permite relajar la musculatura abdominal en el período intercontráctil. Debemos buscar siempre un punto de apoyo y vigilar que el cuerpo esté relajado y correctamente alineado. Los pies apoyados en las plantas, si el calzado no es el adecuado, se recomienda a la mujer que se descalce. El balón debe tener un inflado óptimo para que la pelvis no se hunda (26).

Inmersión en agua

La inmersión o la aplicación de agua caliente han sido utilizadas con éxito en múltiples procesos dolorosos. A finales de los años 70 se utilizó la primera bañera o piscina para partos en la maternidad de un hospital francés. La aceptación oficial del uso de la inmersión en agua como una opción de atención durante el trabajo de parto se realizó en el Reino Unido en 1993, con la publicación del informe *Changing Childbirth (Department of Health)*, que recomendaba que un espacio con bañera tiene que ser una opción disponible para las mujeres en todas las unidades de maternidad del país.

Debemos favorecer un ambiente tranquilo, cálido y con luz tenue, animar a la gestante a beber para evitar la deshidratación.

La temperatura del agua de la bañera no debe exceder la temperatura corporal materna, que no ha de ser superior a 37,5°C, se aconseja que esté entre 34-37°C. Es importante evitar que presente pirexia, la matrona tomará la temperatura de la gestante y del agua cada hora.

La gestante podrá sumergirse en agua incluso si se ha producido la rotura espontánea de las membranas, siempre y cuando el líquido sea claro y permanezca claro a lo largo de la dilatación. Ser portadora de estreptococo grupo B positivo no es una contraindicación para el uso de la bañera (27-28).

Inyección de agua estéril

El método de la inyección de agua estéril fue utilizado como anestésico local en cirugía menor

a finales del siglo XIX, empezándose a utilizar en obstetricia a finales de los años veinte. Esta forma de analgesia consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intradérmica (0,1-0,5 mililitros) en cuatro sitios de la zona lumbosacra correspondiente al rombo de Michaelis.

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 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 espinales. El efecto comienza a los pocos segundos, es máximo a los 30-40 minutos y puede durar en torno a los 90 minutos (29-30).

OBJETIVO

Conocer los efectos y la seguridad de las intervenciones no farmacológicas para controlar el dolor durante el parto.

METODOLOGÍA

Revisión Bibliográfica en diferentes bases de datos (PUBMED, Cochrane Library, Scielo, CUIDEN, Google Académico). Además se han consultado fuentes científicas de interés nacionales e internacionales como Guía NICE, Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Política Social, Proceso Asistencial Integrado. Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía, Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Se limitó la búsqueda entre los años 2005-2015, empleando la combinación de los siguientes descriptores de ciencias de la salud: Embarazo (*Pregnancy*), Dolor (*Pain*), Analgesia (*Analgesia*), Atención de Enfermería (*Nursing Care*), y Trabajo de parto (*Labor, Obstetric*).

31 documentos fueron seleccionados, empleando las palabras claves especificadas anteriormente y los operadores booleanos: AND, OR.

RESULTADOS

El uso de un tipo de método no tiene por qué anular al otro, pueden complementarse y potenciar su eficacia.

Las técnicas como la hipnosis, *biofeedback*, acupuntura y Acupresión requieren un conocimiento previo, tanto del profesional como de la parturienta, la fase de pródromos de parto o el trabajo de parto activo no es el momento ideal para utilizarlos si anteriormente no se han informado de ellos, podría ocasionar más ansiedad e incapacidad para relajación.

El acompañamiento, el apoyo, los masajes y caricias son intervenciones que las mujeres aprecian, les hacen sentirse cuidadas y les producen bienestar, demuestran menos dolor que las mujeres que reciben atención habitual, y no se han encontrados inseguros ni para ellas ni para el feto, aunque se necesitan investigaciones posteriores para asegurar una relación significativa (12-16). No hay contraindicaciones para su práctica, por lo que se recomienda como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto (6).

Con respecto al uso de TENS, existen controversias sobre las competencias de la matrona, ya que está ampliamente arraigado a los fisioterapeutas dentro de sus terapias (23). En nuestro país el método TENS no debiera ser ofrecida a las mujeres con parto establecido (6).

El uso de la pelota de partos ha demostrado una disminución de la ansiedad y del dolor durante el proceso de parto y un aumento del índice de partos eutócicos (6).

La utilización del agua caliente facilita una situación de relajación, mejora el manejo del dolor y reduce las intervenciones, basándose en cuatro conceptos: La ingravidez de la mujer en el agua ejerce una presión uniforme en toda la superficie del cuerpo, lo que produce una reducción de la cantidad de energía gastada, la relajación conlleva menos dolor y menor ansiedad (menor secreción de adrenalina, aumento de las endorfinas), lo que disminuye la inhibición de la secreción de oxitocina endógena, acortando así el periodo de dilatación, la no compresión externa en la vena cava inferior favorece el aumento de la circulación sanguínea en el útero, produciendo una mayor oxigenación del tejido muscular y, por tanto, unas contracciones más eficientes, aumenta la sangre que llega a la placenta y se incrementa la oxigenación fetal. La vasodilatación leve que se produce en el agua reduce la presión arterial y aumenta el pulso materno, provocando un aumento de la oxigenación en el útero y el feto. El periodo de inmersión de la mujer puede mantenerse durante uno o más estadios del trabajo de parto; no hay evidencia que sugiera que deba limitarse a una duración específica. El efecto del agua parece ser más

eficaz si se espera a que la mujer se sumerja cuando el cuello del útero esté al menos con 5 cm de dilatación (27). La utilización del agua caliente reduce de forma estadísticamente significativa 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. No existe evidencia de cómo influyen los tamaños de la bañera, el volumen de agua empleado, entre otros. Se recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto. No hay información suficiente para apoyar o no apoyar el uso de la inmersión durante el expulsivo o alumbramiento. La seguridad con respecto a la infección y los resultados neonatales no se abordan (28).

Por último, lo que respecta a la inyección de agua estéril, especificar que la analgesia se produce exclusivamente para el dolor lumbar, pero no es efectiva para el dolor abdominal ni perineal (6). Una de sus mayores desventajas es el intenso escozor momentáneo que notifican las mujeres durante la administración de la inyección intradérmica. Debemos explicar correctamente la técnica a la mujer para que ella decida si quiere o no utilizarla (29-30).

Actualmente la analgesia neuroaxial es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir hipotensión, retención urinaria, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental. No está relacionado con el aumento de cesáreas. No hay estudios metodológicamente bien realizados que concluyan la efectividad de estos métodos, ni se han analizado correctamente los beneficios o complicaciones que pueden ocasionar su práctica al feto, para poder comparar con la técnica farmacológica. Sí existen pequeños análisis en los que se observa una asociación positiva con respecto a su práctica y al alivio del dolor y las menores complicaciones médicas y obstétricas (31).

DISCUSIÓN

Desde hace siglos, durante el parto se proporcionaban varios tipos de recursos para el alivio del dolor: masajes, permisividad en la adopción de posturas para la dilatación y expulsivo, baños de vapor, etc. Hoy en día estas técnicas parecen resurgir de nuevo en nuestro país; ello se debe fundamentalmente al deseo de evitar los efectos secundarios de los recursos farmacológicos, la búsqueda de autonomía y libertad de elección en el manejo del dolor.

La mayoría de los métodos de tratamiento del dolor no farmacológico no son invasivos y parecen ser seguros para la madre y el recién nacido, sin embargo, no hay pruebas suficientes para emitir juicios sobre la conveniencia o no de la hipnosis, *biofeedback*, inyección de agua estéril, aromaterapia, TENS comparados con placebo u otras intervenciones para el manejo del dolor durante el parto, tampoco se conoce el efecto de estas técnicas alternativas en el neonato, ni la influencia en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

El alivio del dolor, bienestar y satisfacción materna forma parte de nuestras competencias enfermeras y código deontológico, si como profesionales especialistas desconocemos su forma de uso o tenemos ideas equívocas sobre sus beneficios, nos veremos limitados a la hora de ofrecer herramientas adecuadas a la mujer, no garantizando cuidados ni favoreciendo el parto humanizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Biedma Velázquez L, García de Diego JM, Serrano del Rosal R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Rev Soc Esp Dolor*. 2010; 17(1):3-15
- Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona). VOLUMEN 3, Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Madrid. 2014.
- Aceituno Velasco L, et al. Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2014.
- Jacobson CH, Zlatnik MG, Kennedy HP, Lyndon A. Nurses perspectives on the intersection of safety and informed decision making in maternity care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(5):577-587.
- Lyndon A, Zlatnik MG, Wachter RM. Effective Physician-Nurse Communication: A patient safety essential for labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(2):91-96.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01
- Caparros Molinero JM, Núñez del Moral S, Soriano Molina MA. Influencia de los rasgos de personalidad en la percepción del dolor y elección de analgesia durante el parto. *Enf Glob (internet)*. 2014;35:384-397
- Martínez G Juan Miguel, Delgado R Miguel. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. *Rev chil obstet ginecol*. [Internet]. 2013 [citado 2016 Sep 12] ; 78(4): 293-297. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400008>.
- Fernández Medina IM. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enf Glob (internet)*. 2014;33:400-406
- Sartori AL, Vieira F, Almeida NAM, Bezerra ALQ, Martins CA. Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. *Enf Glob (internet)*. 2011;21:1-9
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo de Asistencia en Obstetricia: Analgesia del parto. Madrid: SEGO, 2010.
- Aguilera C, Mesas A, Muñoz C, Salicrú S. Alternativas terapéuticas a la analgesia epidural en el dolor del parto. *Med Clin (Barc)*. 2009;133(15):599-601
- Anim Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub3.
- Nilsen E, Sabatino H, Lopes MHB. The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(3):557-64.
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Da-*

- tabase of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.
16. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD003521. DOI: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
 17. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
 18. Barragán Loayza IM, Solà I, Juandó Prats C. Biofeedback for painmanagement during labour. CochraneDatabase of Systematic Reviews 2011, Issue 6. Art. No.: CD006168. DOI: 10.1002/14651858.CD006168.pub2.
 19. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD009356. DOI: 10.1002/14651858.CD009356.pub2.
 20. Smith C, Levett K, Collins C, Crowther C. Técnicas de relajación para el control del dolor durante el trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514
 21. Smith C, Collins C, Crowther C. Aromaterapia para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7. Art. No.: CD009215. DOI: 10.1002/14651858.CD009215
 22. Masaje, reflexología y otros métodos manuales para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.
 23. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD007214. DOI: 10.1002/14651858.CD007214.pub2.
 24. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.
 25. Manual básico de digitopuntura. Técnicas simples de masaje en los puntos de acupuntura para combatir el dolor y prevenir las enfermedades. Editorial Paidotribo. 3º edición: Barcelona, 2004.
 26. Luces Lago AM, Mosquera Pan L, Tizón Bouza E. La pelota de parto. Rev ROL Enferm.2014; 37(3):188-194
 27. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3.
 28. Uceira Rey S, Loureiro Martínez R, Barcia Raposo MI, Valderrábano González I, González Fernández I, Silva Espido M, et al. Procedimiento de inmersión en el agua para el trabajo de parto en el Hospital da Barbanza. Matronas Prof.2015; 16(1):12-17.
 29. Inyección de agua estéril intracutánea o subcutánea comparada con controles cegados para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD009107. DOI: 10.1002/14651858.CD009107
 30. Izquierdo Vilchez R, Casares Rivas MM, Orihuela Linde N. Efectividad de las inyecciones de agua destilada en el rombo de Michaelis para el control del dolor durante el parto. Competencias enfermeras. Paraninfo digital (internet) 2014;20. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/141.php>
 31. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: NICE; 2014.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi compañera Paula José Santos por la contribución en la elaboración de esta revisión bibliográfica. Y a mi tutora durante la residencia, María Luisa Polonio Olivares, por enseñarme, apoyarme y animarme a ser una futura gran matrona.