



**UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN**

**FACULTAD DE CIENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y MATRONERÍA
CARRERA OBSTETRICIA, SEDE SANTIAGO**

**USO DE ACUPRESIÓN PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DEL TRABAJO
DE PARTO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MUNDIAL,
2011-2021.**

Tesina para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Matronería

**Profesor Tutor: Dr. Carlos Ignacio Godoy Guzmán.
Profesor metodológico: Mg. Sergio Felipe Jara Rosales.
Estudiante(s): Camila Paz Gutiérrez Campos.
Luna de Belén Ibarra Cornejo.
Constanza Andrea Oliva Sepúlveda.
Fernanda Paz Ormazábal Soto.
Enrique Alejandro Perez Garcia.
María Paz Romero Lincolao.**

© Camila Paz Gutiérrez Campos, Luna de Belén Ibarra Cornejo, Constanza Andrea Oliva Sepúlveda, Fernanda Paz Ormazábal Soto, Enrique Alejandro Perez Garcia, María Paz Romero Lincolao.

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio, o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

**Santiago, Chile.
2022**

HOJA DE CALIFICACIÓN

En Providencia, Santiago de Chile a _____ del 2022, los abajo firmantes dejan constancia que los estudiantes Camila Paz Gutiérrez Campos, Luna de Belén Ibarra Cornejo, Constanza Andrea Oliva Sepúlveda, Fernanda Paz Ormazábal Soto, Enrique Alejandro Perez Garcia, María Paz Romero Lincolao de la carrera de Obstetricia y Matronería, han aprobado la tesis para optar al grado de Licenciatura en Obstetricia y Matronería con una nota de _____.

Académico evaluador

Académico evaluador

Académico evaluador

DEDICATORIA

Agradezco a mis padres, quienes a pesar de la distancia siempre me han apoyado y motivado a seguir adelante. También por recordarme que soy capaz de esto y mucho más. Además, agradezco a mi grupo de trabajo por hacer este proceso más ameno.

Camila Paz Gutiérrez Campos.

Quiero agradecer a mis padres y a mi familia por siempre confiar en mí, por tener fe de que seré capaz de lograr todo lo que me proponga, también agradecer a mi abuelo que ya no se encuentra físicamente conmigo, pero gracias a él aprendí a ser perseverante y creer en mis sueños, a mi pareja que cree en mí y me impulsa a ser mejor cada día, a mi mejor amiga que siempre ha estado para mí en todo momento, por último a mis amigas, compañeras y equipo de trabajo por ser esforzadas, pacientes y nunca bajar la cabeza ante las dificultades que se nos presentaron.

Luna de Belén Ibarra Cornejo.

Gracias a mi pareja por enseñarme a citar en APA, a mi roomie por traducir nuestro resumen y a mi mamá por tenerme paciencia. *Nos fue como avión (Oliva, 2022).*

Constanza Andrea Oliva Sepúlveda.

Agradezco a mi familia por siempre demostrarme que soy capaz de realizar lo que me propongo, alentarme cuando más lo necesito y enseñarme lo que es la perseverancia. Por supuesto a mi grupo de trabajo, ya que cada vez que se presentó una dificultad, pudimos en conjunto buscar una solución.

Fernanda Paz Ormazábal Soto.

Principalmente quiero agradecer a mis padres por siempre brindarme su apoyo, el cariño y las herramientas para llevar a cabo este proceso, y a mi equipo de tesina por este gran trabajo que hemos hecho, dedicando tiempo, esfuerzo y paciencia para buscar siempre el mejor resultado.

María Paz Romero Lincolao.

Quiero agradecer a mis padres por siempre mantener el mejor ambiente en mi hogar, apoyarme cada vez que regresaba de la universidad y verme a los ojos con una sonrisa, también a mis amigos por estar al tanto de mi progreso y ofrecer su ayuda en todo momento. Por último, a mi grupo de tesis por comprenderme e independiente de ser nuevo en el grupo, permitirme ser parte.

Enrique Alejandro Perez Garcia.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia queremos agradecer a nuestro profesor tutor Carlos Ignacio Godoy Guzmán, quien nos guio por este importante proceso, entregándonos las herramientas necesarias para lograr una buena investigación y por encausarnos en el camino cada vez que surgieron dificultades.

Agradecer también a nuestro guía metodológico Sergio Felipe Jara Rosales por darnos la motivación e inspiración para comenzar esta investigación sobre una parte de la medicina tradicional china en la matronería. Su disposición y entrega fueron de gran ayuda para el grupo.

Gracias al equipo de trabajo por el compromiso y responsabilidad que hubo en el desarrollo de esta tesina, el compañerismo y unión que se fue desarrollando durante este camino, hasta lograr el resultado que hoy vemos plasmado.

Además, queremos agradecer a Gonzalo Galdames Danitz, profesional que realizó la acupuntura, por permitirnos lograr realizar las fotografías de su trabajo, compartirnos sus conocimientos y por su buena disposición y voluntad al recibirnos.

Por último, dar las gracias a todas las personas, amigos, conocidos y familiares que aportaron con un granito de arena para llevar a cabo esta tesina.

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN.....	5
Dolor en el trabajo de parto.....	5
Medicalización en el trabajo de parto	7
La acupuntura y acupresión	8
Rol de la Matrona	11
Pregunta de investigación:	12
Objetivo General:	13
Objetivos Específicos:	13
METODOLOGÍA.....	13
RESULTADOS	17
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	34
CONCLUSIÓN.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	44

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Meridianos utilizados en la acupuntura y acupresión (Deadman, Al-Khafaji, & Baker, 2003)	9
Tabla 1. Búsqueda total y papers seleccionados en las distintas bases de datos con ambas combinaciones.....	15
Esquema 1. Diagrama, metodología de revisión bibliográfica sobre “Uso de acupresión para el alivio del dolor del trabajo de parto”	16
Tabla 2. Tabla resumen de artículos originales seleccionados y su descripción.	26
Tabla 3. Tabla resumen de revisiones sistemáticas y metaanálisis seleccionados y su descripción.	29
Figura 2. Puntos acupunturales GV20, BL5, BL8, GB8, GB16, GB17 y GB18.	30
Figura 3. Punto acupuntural BL9.	30
Figura 4. Punto acupuntural GB21.	31
Figura 5. Punto acupuntural LI4.....	31
Figura 6. Puntos acupunturales BL32 y GB30.	32
Figura 7. Puntos acupunturales LV3, SP6 Y SP8.	32
Figura 8. Puntos acupunturales BL67 y BL60.	33
Figura 9. Punto acupuntural ST36.	33

RESUMEN

Introducción: El parto es un evento muy importante en la vida de la mujer, pero que de manera fisiológica se acompaña de dolor, generando miedo e inseguridad en las gestantes, por esto se buscan medidas alternativas, que sean seguras, como la acupresión, que es una técnica no farmacológica para aliviar el dolor. **Objetivo:** Analizar la literatura científica publicada entre los años 2011-2021 respecto al uso de la acupresión, para aliviar el dolor producido durante el trabajo de parto. **Metodología:** Investigación de revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos: EBSCO, Pubmed, Web of Science. Palabras claves: “acupuncture analgesia”, “acupuncture points”, “acupressure”, “labor pain”. Operador booleano: “AND”. Filtros: artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis, artículos publicados entre los años 2011-2021 y artículos en idioma inglés. **Resultados:** Se seleccionaron 14 artículos: 9 originales y 5 revisiones sistemáticas/metaanálisis de los siguientes países: Irán, Turquía, Corea, India, Taiwán, Reino Unido, Egipto, Brasil, Dinamarca, China, Suecia, Noruega. Los puntos utilizados para el alivio del dolor del trabajo de parto son: GV20, BL5, BL8, BL9, GB8, GB16, GB17, GB18, GB21, LI4, GB30, BL32, SP6, SP8, BL67, BL60, LV3 y ST36. La efectividad se evaluó mediante escala EVA, NRS y cuestionario del dolor de McGill, aplicadas antes y después de la intervención, observándose una disminución del dolor en el grupo estudio. **Conclusiones:** La acupresión es un método no farmacológico efectivo y seguro para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. También hubo hallazgos sobre la disminución del tiempo del trabajo de parto.

Palabras clave: acupresión, trabajo de parto, dolor, puntos acupunturales, efectividad.

ABSTRACT

Introduction: Although childbirth is an important event in the life of a pregnant woman, it is physiologically accompanied by pain, which generates fear and insecurity. To face this issue, alternative and safe measures, such as acupressure, which is a non-pharmacological technique to safely relieve pain, are sought. **Objective:** To analyze scientific literature published between 2011-2021 regarding the use of acupressure to relieve pain during labor. **Methodology:** narrative literature review. Databases: EBSCO, Pubmed, Web of Science. Key words: "acupuncture analgesia", "acupuncture points", "acupressure", "labor pain". Boolean operator: "AND". Filters: original articles, systematic reviews and meta-analyses, articles published between 2011-2021 and articles in English language. **Results:** 14 articles were selected: 9 original articles and 5 systematic reviews/meta-analyses from the following countries: Iran, Turkey, Korea, India, Taiwan, United Kingdom, Egypt, Brazil, Denmark, China, Sweden, Norway. The points used for labor pain relief are: GV20, BL5, BL8, BL9, GB8, GB16, GB17, GB18, GB21, LI4, GB30, BL32, SP6, SP8, BL67, BL60, LV3 and ST36. Effectiveness was evaluated with the VAS scale, and the NRS and McGill pain questionnaire, applied before and after the intervention, observing a decrease in pain in the study group. **Conclusions:** Acupressure is an effective and safe non-pharmacological method for pain relief during labor, as well as decreased labor time.

Key words: acupressure, labor, pain, acupuncture points, effectiveness.

INTRODUCCIÓN

El dolor durante el trabajo de parto es un tema que acompaña mucho a las usuarias incluso después de ocurrido el alumbramiento, es decir, luego de la expulsión de la placenta, además de ser un miedo constante en las mentes de las gestantes, lo que a su vez puede desencadenar ansiedad y depresión postparto (Cortés y otros, 2019), por lo que se ha buscado la forma de disminuir dichas aflicciones, ya sea con medidas farmacológicas como no farmacológicas. Dentro de estos últimos métodos, se encuentran el uso de las distintas formas de aplicar la acupuntura durante el trabajo de parto, como la acupuntura con agujas, electroacupuntura, acupresión digital, auriculoterapia y moxibustión, entre otras variantes (Patzek & Hertzner, 2003).

La satisfacción de la usuaria depende en gran medida del dolor que percibe durante el trabajo de parto, pero también de un conjunto de actitudes y múltiples factores, tales como el ambiente que se les propicie, la calidad de la atención, el umbral y percepción del dolor individual, aspectos culturales y sociales (Cortés y otros, 2019). El uso de distintas terapias para el dolor es beneficioso para la diversidad de realidades que presentan cada una de las usuarias, pudiendo adaptarse a ellas individualmente (Cortés y otros, 2019).

Dolor en el trabajo de parto

El inicio del trabajo de parto se caracteriza por la activación miométrial, producto del aumento de las uterotoninas (oxitocina, prostaglandina, endotelina-1 y factor activador de plaquetas) que son producidas por las membranas ovulares o la placenta, desencadenando contracciones uterinas que determinan el inicio del trabajo de parto (Hundley y otros, 2020). El trabajo de parto es un proceso que se divide en tres fases:

período de dilatación (que a su vez se divide en fase latente y fase activa), período de expulsivo y alumbramiento (Robert y otros, 2022).

El trabajo de parto es uno de los eventos más significativos en la vida de la mujer, considerado además como uno de los más dolorosos (Cortés y otros, 2019). Respecto a su fisiología, este proceso puede dividirse en fases. En el período de dilatación existe un predominio del dolor visceral (dolor no localizado, continuo, profundo, pudiendo irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó), donde la intensidad del dolor se relaciona con factores como la posición del feto, volumen sanguíneo a nivel de la musculatura uterina (isquemia), dilatación cervical, duración y frecuencia de las contracciones uterinas (Grant, 2022). El dolor es generado por la activación de quimiorreceptores en el útero, estimulados por la liberación de neurotransmisores en respuesta a las contracciones uterinas. Por otro lado, en el período de expulsivo, predomina el dolor somático (dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos), causado principalmente por la distensión y tracción de las estructuras pélvicas, producto del descenso del feto por el canal de parto. Finalmente, en el período de alumbramiento el dolor vuelve a ser visceral, como un efecto colateral a la contractilidad uterina, pero su intensidad es menor dado la disminución de las modificaciones cervicales (Cortés y otros, 2019).

Existen distintas escalas y cuestionarios para evaluar la intensidad del dolor que perciben las usuarias. Dentro de estas se encuentra la Escala Visual Analógica (EVA) (Vicente y otros, 2018), la cual consiste en una línea horizontal que va del 0 al 10 y muestra íconos de expresiones faciales asociados a niveles del dolor. En los extremos de la línea se encuentran las expresiones extremas de un síntoma: en el lado izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho dolor insoportable. También está la Escala Numérica del Dolor (NRS) (Vicente y otros, 2018), la cual consiste en una línea horizontal enumerada del 0 al 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 el dolor más insoportable percibido, es similar al EVA pero, a diferencia de esta, no posee íconos con expresiones faciales como referencia. Por último, se encuentra el Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ), un formulario conformado por 78 descriptores en 20 subclases con preguntas

relacionadas a distintas características del dolor. Se suman finalmente las puntuaciones de cada subclase para determinar las puntuaciones de las dimensiones sensorial, afectiva y evaluativa del dolor (Boyle y otros, 2003).

Medicalización en el trabajo de parto

Se ha visto, a través de los años, un incremento de la instrumentalización y medicalización del parto, aumentando el uso de fórceps o el alza en el número de cesáreas, que pasaron de un 7% en 1990 a 21% de los partos el año 2021 (Organización Mundial de la Salud, 2021). Ambas prácticas no fisiológicas presentan riesgo de daño para la madre y el recién nacido, por lo que los profesionales de la salud deberían diferir su uso lo más posible. Otro punto importante por considerar es que, aunque la analgesia epidural en el parto se ha asociado a la disminución de cesáreas (Indraccolo y otros, 2010), la aplicación de esta técnica conlleva riesgos maternos como hipotensión, bloqueo motor, fiebre y retención urinaria (Anim-Somuah y otros, 2018). Sumado a esto, la cesárea es una cirugía que conlleva riesgos de morbilidad materna, como infección de la herida o tromboembolismo venoso, además de complicaciones en futuros embarazos, como placenta previa o placenta acreta (Silver, 2012), por lo que se debe evitar su uso rutinario.

Sumado a esto, según un estudio en Cataluña, España (González-Mesa y otros, 2021), los procedimientos medicalizados pueden contribuir a una “pérdida del control”, una de las principales razones para un parto traumático. También pueden llevar a la objetivación de los cuerpos de las mujeres, reduciéndolas a algo menos que un humano. Una gran cantidad de mujeres del estudio refirieron que las intervenciones fueron hechas “de manera apresurada”, generando ambigüedad, miedo y la sensación de que no eran parte del momento. Estos motivos son los que han hecho que muchas mujeres vuelvan a buscar la humanización del parto.

La Organización Mundial de la Salud (2018) alerta sobre los altos niveles de medicalización en el parto, los que afectan la capacidad de la mujer de dar a luz e impactan negativamente la experiencia de parto de las usuarias (Organización Mundial de la Salud, 2018). El Departamento de Salud del Reino Unido publicó el informe *Changing Childbirth* (1993) que incluía tres principios esenciales para un parto humanizado: 1.- Enfocar el cuidado materno en el empoderamiento de la mujer sobre el proceso de parto, a través de la comunicación y diálogo entre usuarias y el equipo médico. 2.- El acceso a los servicios de salud debe ser simple para las mujeres y cumplir con sus requerimientos. 3.- Las mujeres deben poder participar en los servicios de maternidad, y estos deben responder a sus necesidades (Department of Health, 1993).

El uso de la analgesia epidural es una de las técnicas para el alivio del dolor más recurrentes en la medicalización del parto (Butwick y otros, 2018). Si bien esta medida es efectiva en cuanto a la disminución del dolor, muchas veces resulta excesiva y, dependiendo de la dosis, invalidante para la usuaria, ya que limitaría su autopercepción, y puede afectar la movilidad y elección de la postura al momento de parir (Anim-Somuah y otros, 2018). Una forma de solventar lo anterior y de humanizar el parto es presentar como primera instancia el uso de métodos menos invasivos. De esta forma se tiene en cuenta la capacidad de decisión de las usuarias, priorizando su satisfacción. En consideración de lo anterior, la acupresión, como un método no farmacológico efectivo para la disminución del dolor, acerca al personal médico a la usuaria, pues respeta su autonomía.

La acupuntura y acupresión

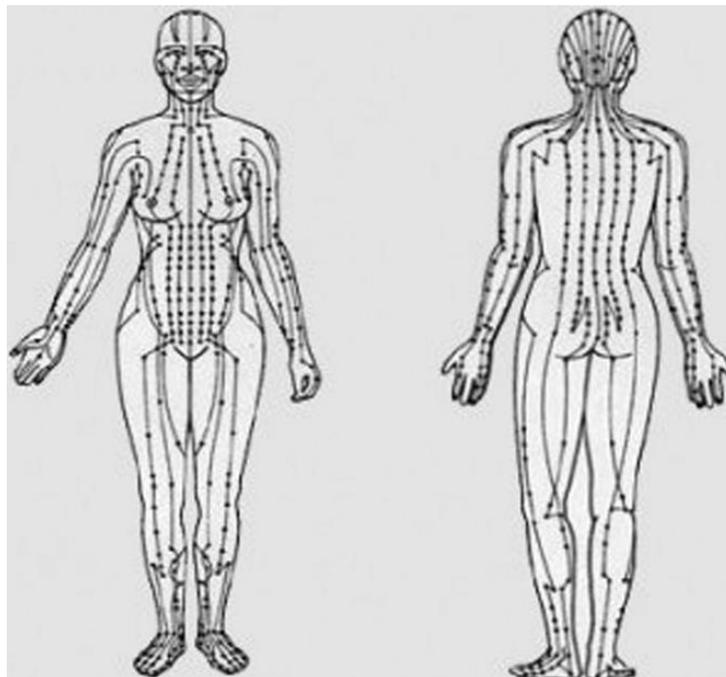
La acupuntura es una práctica no farmacológica que se realiza mediante la punción con agujas especiales y estériles, la cual abarca variantes que dependerán de la herramienta con la que se ejecute la técnica. Una de estas variantes es la acupresión, que se realiza mediante la aplicación de presión digital, estimulando los mismos puntos

de la acupuntura, por lo tanto, es la misma técnica basada en el mismo fundamento, pero aplicada de distinta forma (Patzek & Hertzner, 2003).

Estas son terapias milenarias provenientes de Asia, estimando que su origen se remonta al año 3000 A.C (Karim y otros, 2019). Tradicionalmente fundamentan su tratamiento y se basan en el flujo de la energía vital o “qi” a través de los canales conocidos como meridianos que se encuentran por todo el cuerpo (Aung & Chen, 2007), como se observa en la Figura 1. Cuando dichos canales se obstruyen se genera una acumulación de la energía, lo que generaría el dolor o afección, y a través de la estimulación de estos puntos, ya sea mediante punción con agujas, la aplicación de presión digital prolongada, o la aplicación de calor mediante la moxibustión, se liberaría esta energía estancada (Patzek & Hertzner, 2003).

Figura 1

Meridianos utilizados en la acupuntura y acupresión. (Deadman y otros, 2003)



La organización de estos puntos acupunturales nace de entre los años 600 y 300 antes de cristo a partir de practicantes taoístas, que en meditación profunda notaron y registraron de forma meticulosa patrones consistentes de movimiento de energía (Schlaeger y otros, 2016). Estos movimientos fueron nombrados meridianos, canales

nerviosos o “*jing jin*”, los cuales son canales por los que circula el qi, es decir, la energía. Se describen 12 meridianos bilaterales, dispuestos de manera longitudinal a través del cuerpo humano (Focks y otros, 2008). A lo largo de estos meridianos se distinguen los puntos específicos para la aplicación de la presión, los que se describirán con la sigla del meridiano junto a su número, que suman 361 en total (Schlaeger y otros, 2016).

Según Yang (2011) se explica la efectividad de la acupuntura y la acupresión por la estimulación de músculos y tejidos, promoviendo la liberación de analgésicos naturales producidos por el propio cuerpo, demostrado por el aumento de las betaendorfinas en el plasma sanguíneo (Yang y otros, 2011). Otros estudios han documentado que la acupuntura tiene efectos en el cuerpo como la desactivación del sistema límbico (que, entre otras cosas, es responsable de la percepción del dolor), activación de los receptores de opioides mu, aumento de las beta-endorfinas (reducen la transmisión y eficacia de los estímulos sensoriales) y aumento de la liberación de la hormona adrenocorticotrópica (Schlaeger y otros, 2016).

En 1979 la Organización Mundial de la Salud mostró su apoyo hacia la acupuntura y dejó estándares de los puntos acupunturales que se pueden usar, creando también una lista de 43 enfermedades para así masificar la técnica y hacerla más estandarizada y por ende hacer su uso mucho más efectivo (Organización Mundial de la Salud, 1979). Además, en el año 2019 un 88% de los estados miembros de la OMS en su reporte mundial sobre medicina tradicional y complementaria reconocieron su uso (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Conociendo el trasfondo milenario de estas prácticas se debe reconocer su importancia para las culturas orientales, y mediante su estudio poder integrarlo a las personas gestantes del mundo occidental. Este procedimiento ofrece la posibilidad de disminuir los efectos adversos que afectan a las mujeres a raíz de la medicalización y analgesia farmacológica (Fernández, 2014). Por otra parte, esta medicina alternativa se contrapone a las técnicas invasivas y costosas, que requieren la presencia de anestesistas, quienes no siempre se encuentran disponible. Y, por último, la utilización

de la acupresión para la disminución del dolor es un beneficio en sí mismo, pero, además, el dolor puede traer consecuencias como la liberación de catecolaminas, el aumento del riesgo de aspiración pulmonar o un aumento del cortisol plasmático de la madre (Cortés y otros, 2019), complicaciones que se deben evitar para un buen manejo del parto.

Rol de la Matrona

La partería es uno de los oficios más antiguos que existen en el mundo, donde históricamente se ha asistido a las mujeres en el proceso de parir, pero además se han atendido todo tipo de padecimientos ginecológicos, a través de conocimientos empíricos en base a la observación y experiencia. En Chile el rol de la matrona como profesional de la salud se instauró en el año 1834 con la creación de la primera Escuela de Matronas de la Universidad de Chile, formando matronas a través de la entrega de herramientas necesarias en base al conocimiento científico, teórico y práctico. Esto se ha visto favorecido gracias a los avances tecnológicos, ayudando a mejorar el sistema de salud y la salud reproductiva de las mujeres, disminuyendo la mortalidad materno infantil. La transición de la obtención del conocimiento a partir de lo empírico y la observación, hasta llegar a adquirir conocimiento en base a lo científico, teórico y práctico, ha desarrollado avances en esta disciplina (Cerdeira, 2020).

En el año 2007 se incorporó el Modelo de Atención Integral (Ministerio de Salud, 2012), el cual buscaba la humanización del parto y que éste tuviera la asistencia profesional adecuada, con lo que se esperaba lograr un parto seguro y humano. En esta línea, el rol de matronas y matrones es fundamental ya que brindan un apoyo necesario, dando acompañamiento tanto emocional como físico. Estos profesionales tienen las herramientas suficientes para entregar una atención integral, ayudando a disminuir el dolor durante el trabajo de parto con medidas no farmacológicas tales como guiar la respiración, dar compañía, aplicar masajes, acupresión, entre otros (Valdés y otros, 2016).

En conclusión, las matronas y matrones son los profesionales que acompañan a las mujeres durante su trabajo de parto, por lo que son quienes deben entregar tranquilidad y responder de manera sensible, respetuosa y generosamente a las necesidades individuales y variadas de cada usuaria, incluyendo lo que es el manejo del dolor durante dicho proceso. Por esto, las matronas deben manejar multiplicidad de recursos para poder brindar un apoyo personalizado a cada usuaria (Pérez, 2006).

Pregunta de investigación:

En términos generales, ¿es efectiva la acupresión en el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto, según la literatura científica mundial reportada entre los años 2011-2021?

Es importante expandir los horizontes del quehacer de la matronería para responder a las necesidades de cada usuaria, ya que día tras día crece la cantidad de usuarias que se informan, responsabilizan y empoderan con respecto a su parto, y es importante estar a la altura de poder entregar el mejor servicio. A través de este análisis se espera visibilizar este método no farmacológico disponible para las parturientas que, aunque se encuentra reconocido y regulado por el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Salud Pública, 2006) e incluso recientemente agregado a las prestaciones de Fonasa e Isapres (2022), no se encuentran masificados culturalmente en Chile. Es necesario entregar variedad de opciones analgésicas, de manera de poder disminuir la alta medicalización del parto, además de poder eliminar el prejuicio que existe sobre el trabajo de parto, donde muchas mujeres sufren ansiedad pues creen que es un proceso excesivamente doloroso (Akköz Çevik & Karaduman, 2019), logrando a través de medicinas alternativas una atención cada día más humanizada y regulada, evitando cualquier tipo de daño por mala praxis.

Objetivo General:

Analizar la literatura científica publicada entre los años 2011-2021 respecto al uso de la acupresión, para aliviar el dolor producido durante el trabajo de parto.

Objetivos Específicos:

- Conocer los puntos acupunturales descritos en la literatura científica que se prescriben para el manejo del dolor en el trabajo de parto.
- Describir en términos generales la efectividad de la acupresión en el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en base a investigaciones de distintas bases de datos, con el objetivo de recopilar información sobre los efectos de la acupresión en relación al manejo del dolor durante el trabajo de parto a nivel mundial.

Para la recopilación de información de esta revisión bibliográfica se utilizaron las siguientes bases de datos: EBSCO, PUBMED, Web of Science.

Se utilizaron los siguientes descriptores en ciencias salud (MeSH) “Acupuncture Analgesia”, “Acupuncture points”, “Acupressure”, “Labor pain”.

Se empleo el operador booleano AND con el fin especificar la búsqueda.

Combinaciones en inglés:

1. Acupuncture Analgesia AND Acupuncture Points AND Labor Pain.
2. Acupressure AND Acupuncture Points AND Labor Pain.

Para lograr una búsqueda más acotada y detallada en las bases de datos se utilizaron los siguientes filtros:

- Artículos publicados entre los años 2011 y 2021.
- Artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Artículos en idioma inglés.

Se utilizaron los siguientes criterios para delimitar los resultados a artículos que aportaran la información requerida:

Criterios de selección/inclusión:

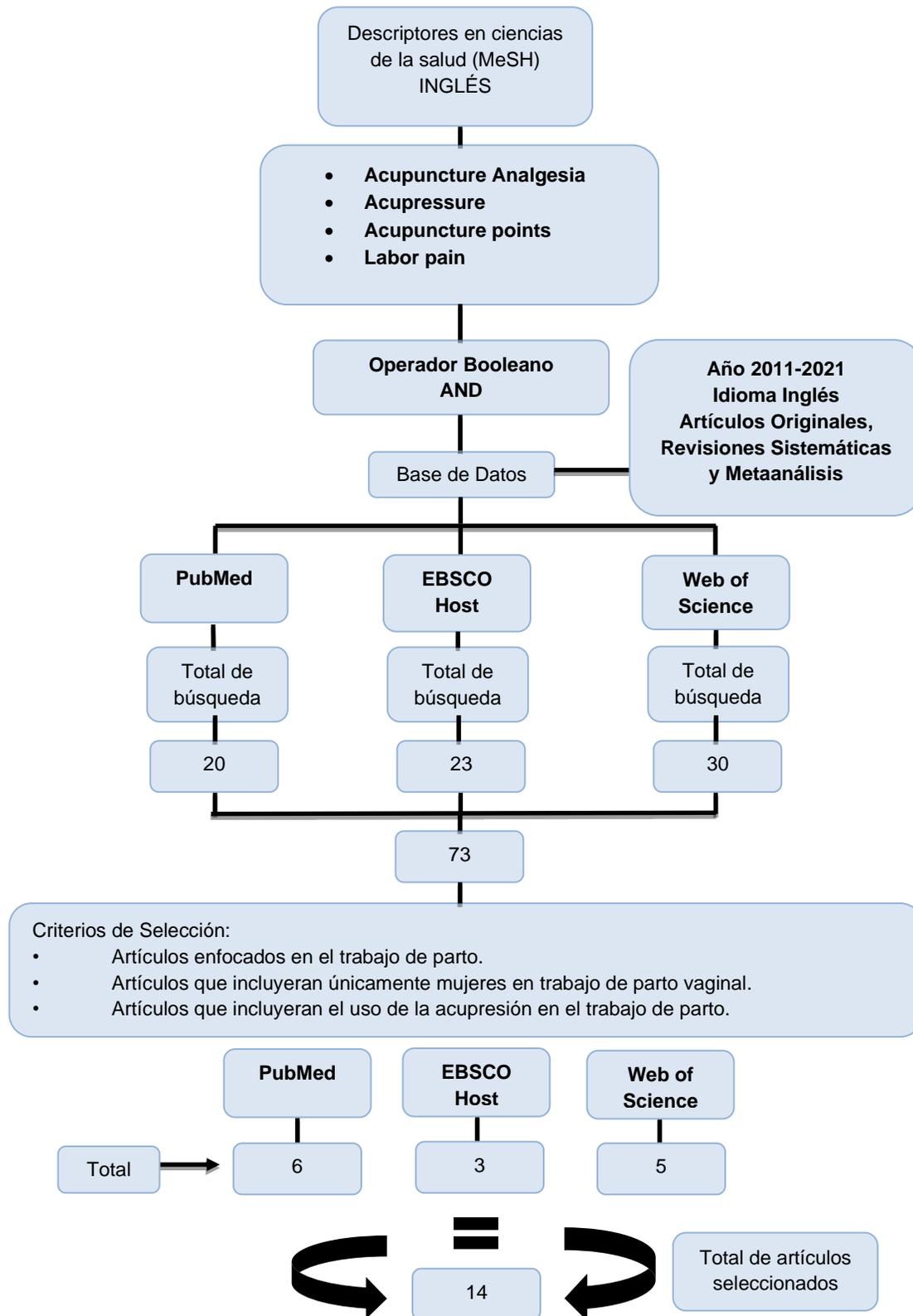
- Artículos enfocados en el trabajo de parto.
- Artículos que incluyeran únicamente mujeres en trabajo de parto vaginal.
- Artículos que incluyeran el uso de la acupresión en el trabajo de parto.

Criterios de exclusión:

- Informes que incluyeran parturientas que utilizaran otro tipo de analgesia distintos a acupresión digital.
- Documentos que se centraran únicamente en modificaciones cervicales en relación a la acupresión.
- Se descartaron artículos que incluyeran mujeres cuyo parto fuera por cesárea.
- Se descartaron artículos donde se utilice únicamente la acupresión post parto.

Bases de Datos	Combinaciones	Número total de Papers	Papers seleccionados
Pubmed	Acupuncture Analgesia AND acupuncture points AND labor pain.	5	2
	Acupressure AND acupuncture points AND labor pain.	15	4
EBSCO	Acupuncture Analgesia AND acupuncture points AND labor pain.	3	0
	Acupressure AND acupuncture points AND labor pain.	20	3
Web of Science	Acupuncture Analgesia AND acupuncture points AND labor pain.	9	1
	Acupressure AND acupuncture points AND labor pain.	21	4

Tabla 1. Búsqueda total y papers seleccionados en las distintas bases de datos con ambas combinaciones.



Esquema 1. Diagrama, metodología de revisión bibliográfica sobre “Uso de acupresión para el alivio del dolor del trabajo de parto”.

El Esquema 1 resume la metodología utilizada en el presente estudio, durante la búsqueda se obtuvo un total de 73 artículos utilizando diferentes combinaciones en las bases de datos mencionadas. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, además de realizar una lectura minuciosa para seleccionar los artículos de mayor relevancia para la presente investigación, se pudo acotar el número de artículos a 14.

RESULTADOS

En la tabla 2 se describe un resumen de los resultados de la revisión de la literatura disponible, donde se incluyeron nueve artículos originales. En los artículos analizados el dolor se midió tanto con la Escala visual analógica del dolor (EVA), como también con la Escala numérica del dolor (NRS). Para facilitar la comprensión y el análisis de los resultados, la información recabada de los artículos se organizó según los siguientes parámetros: título, enfoque metodológico, país, número de participantes, puntos acupunturales y su ubicación anatómica, tipo de escala, resultados, tiempo del trabajo de parto y conclusión. Los puntos acupunturales identificados en la cabeza se encuentran GV20, BL5, BL8, GB8, GB16, GB17, GB18 (Figura 2) y BL9 (Figura 3), en el dorso GB21 (Figura 4), en extremidades superiores LI4 (Figura 5), en la pelvis GB30, BL32 (Figura 6) y en extremidades inferiores LV3, SP6, SP8 (Figura 7), BL67, BL60 (Figura 8), y ST36 (Figura 9).

Título	1. Effects of ear and body acupressure on labor pain and duration of labor active phase: A randomized controlled trial. (Efectos de la acupresión auricular y	2. The effect of acupressure on sanyinjiao and hugo points on labor pain in nulliparous women: a randomized clinical trial. (El efecto de la acupresión en los	3. Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. (Efectos de la acupresión en LI4 sobre el dolor en la primera etapa del trabajo de parto.)

	corporal en el dolor del parto y la duración de la fase active del parto: un ensayo controlado aleatorizado.)	puntos sanyinjiao y hugo en el dolor de parto en mujeres nulíparas: un ensayo controlado aleatorizado.)	
Enfoque Metodológico	Cuantitativo	Cuantitativo	Cuantitativo
País	Irán	Irán	Irán
Número de Participantes	90 participantes (30 grupo control, 30 grupo acupresión corporal, 30 grupo acupresión auricular).	84 participantes (42 en grupo experimental, 42 en grupo control).	100 participantes (50 en el grupo de estudio y 50 en el grupo control).
Puntos acupunturales y su ubicación anatómica	Dorso: GB21 Pelvis: GB30, BL32 Extremidad superior: LI4 Extremidad inferior: SP6	Extremidad superior: LI4 Extremidad inferior: SP6	Extremidad superior: LI4
Tipo de escala	EVA	EVA	EVA
Resultados	A los participantes del grupo de acupresión corporal se les aplicó acupresión en los puntos GB21, GB30, BL32, LI4 y SP6, cada uno se aplicó en distintas fases de la dilatación cervical (4, 6 y 8 cm). Las participantes del grupo de control sólo recibieron servicios rutinarios de atención a la maternidad que no incluían	Se evaluó la efectividad de los puntos SP6 y LI4 en distintas fases de la dilatación y se demostró que en el grupo experimental la intensidad media del dolor en la dilatación de 4 cm antes y después de la intervención fue de 5.88 y 4.04 a diferencia del grupo control que fue 5.78 y 6.38. En la	A las participantes del grupo de estudio se les aplicó 20 minutos de acupresión en las cuales se midió el dolor a través de la escala EVA inmediatamente después de la intervención y el dolor fue de 5.38 en comparación al grupo de control que fue de 6.68, asimismo se evaluó

	<p>acupresión. La puntuación media de la intensidad del dolor en el grupo de control fue significativamente mayor que la del grupo de acupresión corporal.</p>	<p>dilatación de 6 cm la intensidad media del dolor antes y después de la intervención en el grupo experimental fue de 7.26 y 4.52 a diferencia del grupo control que fue 7.61 y 8.11. En la dilatación de 8 cm la intensidad media del dolor antes y después de la intervención en el grupo experimental fue de 7.78 y 4.66, a diferencia del grupo control que fue de 8.78 y 9.21. Por último, en la dilatación de 10 cm la intensidad media del dolor antes y después de la intervención en el grupo experimental fue de 8.42 y 5.59 a diferencia del grupo control que fue de 9.66 y 9.83 respectivamente.</p>	<p>el dolor a los 20, 60, 120, 180 y 240 minutos después de la intervención, los cuales fueron significativos hasta los 120 min post acupresión. La comparación entre los grupos estudio y control fueron respectivamente -6.5 versus -8.26 a los 20 min. -7.12 versus -8.92 a los 60 min. -8.57 versus -9.83 a los 120 min.</p>
<p>Tiempo del trabajo de parto</p>	<p>La duración de la fase activa del trabajo de parto entre el grupo de acupresión corporal y de control, no fue significativamente diferente.</p>	<p>No descrito.</p>	<p>Se evaluaron dos fases del trabajo de parto: fase de dilatación y fase de expulsivo. Fase de dilatación: Grupo estudio 146,4 min, versus grupo control 185,4 min de duración (se considera desde los 3-5 cm hasta los 10 cm).</p>

			Fase de expulsivo: Grupo estudio 20.51 min versus 28.5 min. en grupo control (esta etapa considera la dilatación completa hasta el expulsivo). Mostrando una disminución en los tiempos donde hubo acupresión.
Conclusión	El estudio sugiere que aplicar acupresión corporal en los puntos GB21, GB30, BL32, LI4 y SP6 es eficaz para reducir el dolor del trabajo de parto.	Aplicar acupresión en los puntos SP6 y LI4 en distintas fases de la dilatación es efectivo para reducir el dolor del trabajo de parto. Por otro lado, por su fácil aplicación y la seguridad de la intervención podría utilizarse en las prácticas clínicas como otra medida no farmacológica.	La acupresión en el punto LI4 demostró una disminución en cuanto al dolor de trabajo de parto y en la duración de este, siendo una medida no farmacológica eficaz para el tratamiento del dolor de parto en embarazadas.
Fuente Bibliográfica	(Alimoradi y otros, 2020)	(Sehhatie-Shafaie y otros, 2013)	(Hamidzadeh y otros, 2012)

Título	4.Effects of SP6 Acupuncture Point Stimulation on Labor Pain and Duration of Labor. (Efectos de la estimulación del punto acupuntural SP6 sobre el dolor del parto y su duración.)	5.The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial. (El efecto de la acupresión de GB21 sobre la intensidad del dolor	6.Comparison of the Effect of Acupressure at SP6 and SP8 Points on Pain Intensity and Duration of the First Stage of Labor. (Comparación del efecto de la acupresión en los puntos SP6 y SP8 sobre la intensidad del dolor y la duración de la
---------------	--	---	--

		en la primera etapa del parto en mujeres primíparas: Un estudio controlado aleatorizado.)	primera etapa del parto.)
Enfoque Metodológico	Cuantitativo	Cuantitativo	Cuantitativo
País	Turquía	Irán	Irán
Número de Participantes	100 participantes (50 en grupo control; 50 en grupo de acupresión)	174 participantes (58 en grupo de estudio, 58 en grupo placebo, 58 grupo control)	150 participantes (50 en grupo del punto SP6, 50 en grupo del punto SP8, 50 en grupo control)
Puntos acupunturales y su ubicación anatómica	Extremidad inferior: SP6	Dorso: GB21	Extremidad inferior: SP6, SP8
Tipo de escala	EVA	NRS	EVA
Resultados	<p>En el estudio, se evaluó la intensidad del dolor en tres ocasiones según la dilatación: Grupo control en fase latente (2-3 cm) obtuvo un resultado de: 4,0; en fase activa (5-6 cm): 8,0; en fase de transición (8-9 cm): 10,0.</p> <p>El grupo al cual se le realizó la acupresión obtuvo en fase latente (2-3 cm):3,0; En fase activa (5-6 cm): 7,0; En fase de</p>	<p>En el estudio, se evaluó la intensidad del dolor en tres ocasiones según la dilatación: 4-5cm, 6-7cm, 8-10cm. Se aplicó NRS (escala numérica del dolor) durante cada contracción. En la primera intervención (4-5 cm) después de la aplicación de acupresión el dolor disminuyó de 8 a 6, en la segunda intervención (6-7 cm) el dolor disminuyó de 8 a 7, y en la última</p>	<p>En este estudio se comparó la intensidad del dolor aplicando EVA en tres rangos de dilatación en tres momentos: conjunto a la intervención, 15 minutos post intervención y 30 minutos post intervención. En las tres mediciones para los grupos de estudio se obtuvo una disminución del dolor versus el grupo control, siendo la más significativa inmediatamente post aplicación. Con dilatación de 3-4 cm:</p>

	transición (8-9 cm): 10.	intervención (8-10 cm) disminuyó de 9 a 8 el dolor. Se requiere mayor investigación para comparar la efectividad de la acupresión en ambos hombros en comparación a realizarse en un solo hombro.	en SP6 hubo 5.02 pts., en SP8 hubo 4.06 pts. y en grupo control 5.95 pts. Con dilatación de 5-7 cm: en SP6 hubo 6.28 pts., en SP8 hubo 5.15 pts. y en grupo control 7.48 pts. Con dilatación de 8-10 cm: en SP6 hubo 8.82 pts., en SP8 hubo 7.77 pts. y en grupo control 9.40 pts.
Tiempo del trabajo de parto	Estos valores son la media obtenida. en cuanto a la duración del trabajo de parto. El grupo control en su fase de dilatación (3 - 10 cm.) duró en promedio 320 minutos, y el expulsivo duró 20 minutos de media; mientras que en el grupo de acupresión su periodo de dilatación duró en promedio unos 225 minutos, y el expulsivo duró en promedio 15 minutos	No descrito.	En este estudio se demostró que la aplicación de acupresión en los puntos SP6 y SP8 redujo en promedio más de una hora la primera fase del trabajo de parto (dilatación). En forma detallada, la fase de dilatación duró en promedio 247,32 minutos en el grupo de acupresión en el punto SP6, mientras que en el grupo de acupresión en el punto SP8 el promedio de esta fase fue 214,43 minutos. Por su parte, el grupo control tuvo un promedio de 269,35 minutos.
Conclusión	La aplicación de la acupresión en mujeres embarazadas es un método eficiente en cuanto a la	La aplicación de presión en el punto GB21 fue eficaz en la disminución del dolor del parto, además de no tener	Según los resultados del estudio el punto SP8 tuvo un mayor efecto en reducir el dolor y el tiempo del trabajo de parto. Los

	reducción del dolor, el cual no presenta efectos secundarios posteriores a su aplicación. Además, disminuye el tiempo del trabajo de parto, sin causar daño ni a la madre ni al feto.	efectos adversos en la madre ni el feto. Los autores concluyen que esta técnica es segura para el tratamiento del alivio del dolor en el trabajo de parto.	autores sugieren que este método se utilice como método complementario en el trabajo de parto.
Fuente Bibliográfica	(Yesilcicek & Komurcu, 2014)	(Torkiyan y otros, 2021)	(Jalilabadi y otros, 2021)

Título	7.The Effect of Acupressure Applied to Point LI4 on Perceived Labor Pains. (El efecto de la acupresión aplicada al punto LI4 sobre los dolores percibidos en el trabajo de parto.)	8.The effect of acupressure on labor pain and the duration of labor when applied to the SP6 point: Randomized clinical trial. (El efecto de la acupresión sobre el dolor del trabajo de parto y la duración del mismo cuando se aplica al punto SP6: Ensayo clínico aleatorizado.)	9. Comparison of the Effect of Pressure on Bladder-GV20 and Gallbladder-GV20 on Labor Pain Intensity among the Primiparous Women: A Randomized Clinical Trial. (Comparación del efecto de la presión sobre Bladder-GV20 y Gallbladder-GV20 en la intensidad del dolor de parto entre las mujeres primíparas: Un ensayo clínico aleatorizado.)
Enfoque Metodológico	Mixto (Cuantitativo y Cualitativo)	Cuantitativo	Cuantitativo
País	Turquía	Turquía	Irán

Número de Participantes	88 participantes (44 en grupo experimental, 44 en grupo control).	60 participantes (30 del grupo experimental y 30 del grupo control)	165 participantes (55 grupo estudio puntos vejiga [Bladder] + GV20, 55 grupo estudio puntos vesícula biliar [Gallbladder] + GV20 y 55 grupo control)
Puntos acupunturales y su ubicación anatómica	Extremidad superior: LI4	Extremidad inferior: SP6	Cuero cabelludo: GV20, BL5, BL8, BL9 (vejiga) y GB8, GB16, GB17, GB18 (vesícula biliar)
Tipo de escala	EVA	NRS	EVA
Resultados	Se observó que las mujeres en el grupo de control mostraron más “cambios en la expresión facial”, “quejidos/gemidos”, “llantos/gritos”, “náuseas/vómitos”, y “conductas de autolesión” en comparación al grupo de estudio. El grupo al que se le aplicó acupresión mostró más “llanto silencioso” y “permanecieron tranquilas” o “evitaron contacto”. Se midió el dolor en EVA. Antes de la primera aplicación el grupo control mostró un promedio de 4.88 puntos y el grupo de estudio 4.65 puntos. Luego de la primera aplicación el grupo control 6.22 pts. y	En ambos grupos se usó el punto SP6 durante las contracciones, tanto en fase activa (4-7 cm dilatación) como de transición (8-10 cm dilatación) del parto, y se midió el dolor mediante NRS, no obstante, en el grupo control sólo se tocó ligeramente el punto y en el experimental se aplicó la acupresión como tal. La media del dolor en fase activa en el grupo control es de 37.33 y en el experimental es de 23.67. La media del dolor en fase	En los dos grupos de estudio se aplicó un punto en común GV20 además de los asociados a la vesícula biliar y vejiga. Se evaluó la acupresión en la fase de dilatación y fase de expulsivo. La media del dolor durante toda la primera etapa del trabajo de parto en el grupo de los puntos de vejiga (Bladder) fue de 79.3, en el grupo de los puntos de la vesícula biliar (Gallbladder) 65.5 y en el grupo de control fue de 93.2.

	<p>el grupo de estudio 3.77 pts. Antes de la segunda aplicación el grupo control 7.68 pts. y el grupo de estudio 7.37 pts. Y luego de la segunda aplicación el grupo control 8.61 pts. y 7.57 pts.</p>	<p>de transición en grupo control es de 31.90 y en el experimental es de 29.10.</p>	<p>La media del dolor en la segunda fase del parto en el grupo de los puntos de vejiga (Bladder) fue de 95.3, en el grupo de los puntos de vesícula biliar (Gallbladder) 91.3 y en el grupo de control fue de 99.8.</p>
<p>Tiempo del trabajo de parto</p>	<p>Se demostró una disminución en la duración total del trabajo de parto en promedio de 16,23 minutos, donde el grupo control tuvo un promedio de 260,25 minutos en comparación a los 244,02 minutos del grupo de estudio.</p>	<p>La duración de la primera fase del parto (dilatación) medida en horas, tuvo una media de 5.5 horas en grupo control y 5 horas en grupo experimental. La duración total del parto medida en min. tuvo una media de 365 minutos en grupo control y 315 minutos en grupo experimental.</p>	<p>No descrito.</p>
<p>Conclusión</p>	<p>Se demostró que la acupuntura en el punto LI4 reduce la duración y el dolor del parto. Los trabajadores de la salud pueden ayudar a las embarazadas a lidiar con el dolor del trabajo de parto y disminuir su tiempo ya sea enseñando medidas no farmacológicas o aplicándolas.</p>	<p>La presión aplicada en punto SP6 reduce el dolor de parto percibido por las parturientas y además reduce la duración de la primera etapa del parto y la duración total del mismo.</p>	<p>En los grupos que se aplicó la acupresión se demostró una disminución del dolor significativa, pero esta disminución del dolor fue mayor en el grupo al que se le aplicó la acupresión en los puntos Gallbladder (vesícula biliar).</p>

Fuente Bibliográfica	(Hamlaci & Yazici, 2017)	(Türkmen & Çeber, 2020)	(Mansouri y otros, 2018)
-----------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

Tabla 2. Tabla resumen de artículos originales seleccionados y su descripción.

En la tabla 3 se muestra un resumen de los resultados de la revisión de la literatura disponible, donde se incluyen cinco revisiones sistemáticas. El dolor descrito en las siguientes tablas se midió usando la Escala visual analógica del dolor (EVA), la Escala numérica del dolor (NRS) y además el Cuestionario del dolor de McGill (MPQ). Para facilitar la comprensión y el análisis de los resultados, la información recabada de los artículos se organizó según los siguientes parámetros: título, país estudiado, número de artículos seleccionados, puntos acupunturales y su ubicación anatómica, tipo de escala utilizada en los artículos y conclusión.

Título	1.The effectiveness of acupressure on relieving pain: a systematic review. (La efectividad de la acupresión sobre el alivio del dolor: una revisión sistemática.)	2.Impact of acupressure on onset of labour and labour duration: A systematic review. (El impacto de la acupresión en el inicio del trabajo de parto y en su duración: Una revisión sistemática.)	3.The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. (El efecto de la acupresión en la reducción del dolor durante la primera etapa del parto: Una revisión sistemática y metaanálisis.)
País estudiado	Corea, India, Taiwán.	Reino Unido, Irán, India, Egipto, Taiwán, Corea.	Irán, Brasil, India, Corea, Turquía, Taiwán.
Número de artículos estudiados	15 artículos (4 de ellos habla sobre el efecto de la acupresión en el dolor del trabajo de parto).	7 artículos	10 artículos
Puntos acupunturales	Extremidad superior: LI4	Dorso: GB21	Extremidad superior: LI4

y su ubicación anatómica	Extremidad inferior: SP6, BL67	Extremidad superior: LI4 Extremidad inferior: SP6, BL67	Extremidad Inferior: SP6
Tipo de Escala utilizada en los artículos	EVA.	EVA.	EVA.
Conclusión	La revisión proporciona información importante de que la acupresión es una forma no invasiva, oportuna y eficaz para el alivio de una diversidad de dolores, especialmente el dolor del trabajo de parto.	La escala EVA ha mostrado una gran validez y fiabilidad en la medición del dolor. Las participantes experimentaron una baja importante en el dolor en comparación al uso de placebo o cuidados estándar.	Según los resultados, la acupresión puede utilizarse como un método eficaz para reducir el dolor durante la primera fase del parto (dilatación), y además, es seguro para la madre y el feto.
Fuente Bibliográfica	(Chen & Wang, 2014)	(Mollart y otros, 2015)	(Raana & Fan, 2020)

Título	4.Acupuncture and Acupressure in Labor. (Acupuntura y acupresión en el trabajo de parto.)	5.An Evaluation of Acupressure on the Sanyinjiao (SP6) and Hugo (LI4) Points on the Pain Severity and Length of Labor: A Systematic Review and Meta-analysis Study. (Una evaluación de la acupresión en los puntos Sanyinjiao (SP6) y Hugo (LI4) sobre la gravedad del dolor y la duración del parto: Un estudio de revisión sistemática y metaanálisis.)
País de los artículos estudiados	Dinamarca, Irán, China, Suecia, Noruega. (uso de acupuntura para el alivio del dolor del trabajo de parto)	Irán, Corea, Egipto, Brasil.

	Taiwán, India, Irán, Corea, Turquía. (uso de acupresión para alivio del dolor del trabajo de parto)	
Número de artículos estudiados	Se revisaron 4 artículos: Una revisión sistemática de Cochrane (2011) y tres ensayos controlados aleatorizados sobre acupresión y acupuntura para el manejo del dolor del trabajo de parto.	Se seleccionaron 10 artículos relevantes sobre el punto SP6 y 6 estudios del punto LI4.
Puntos acupunturales y su ubicación anatómica	Extremidad superior: LI4 Extremidad inferior: SP6, BL60, LV3, BL67, ST36. Dorso: GB21 Pelvis: BL32	Extremidad superior: LI4 Extremidad inferior: SP6
Tipo de Escala utilizadas en los artículos	EVA	McGill (MPQ) y EVA
Conclusión	El uso de acupuntura y acupresión durante el trabajo de parto es beneficioso. Posee potencial para tratar síntomas y podría encontrarse dentro de las facultades de la matrona. La acupuntura debe ser aplicada solo por un acupunturista licenciado, mientras que el uso de acupresión no requiere una licencia, pero se recomienda que la persona que la aplique tenga práctica, y entrenamiento pertinente.	El uso de la acupresión es eficaz para disminuir la gravedad del dolor y la duración del trabajo de parto. Esta revisión considera que los datos son limitados en cuanto a la intervención de acupresión ideal y los controles correspondientes, el mejor momento para medir los resultados y el personal adicional y la enseñanza esencial. Deben planificarse futuros estudios para abordar estos problemas.

	Esta última se puede aplicar tanto fuera como dentro de un hospital o clínica.	
Fuente Bibliográfica	(Schlaeger y otros, 2016)	(Najafi y otros, 2018)

Tabla 3. *Tabla resumen de revisiones sistemáticas y metaanálisis seleccionados y su descripción.*

Figura 2

Puntos acupunturales GV20, BL5, BL8, GB8, GB16, GB17 y GB18.

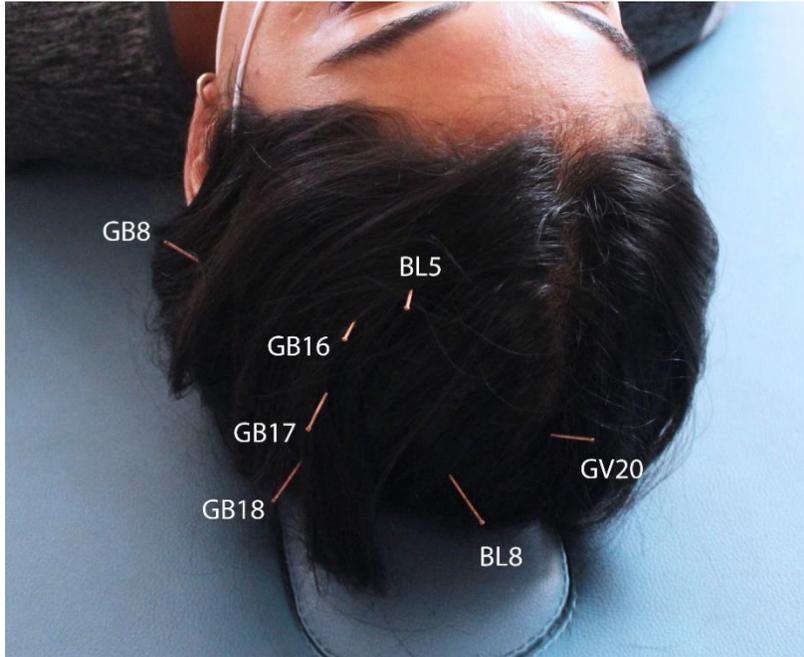


Figura 3

Punto acupuntural BL9.

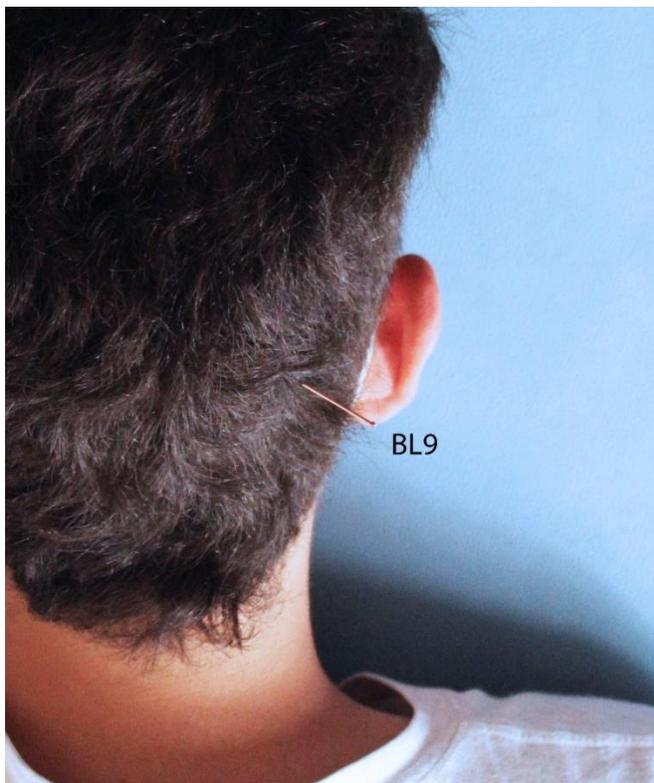


Figura 4

Punto acupuntural GB21.



Figura 5

Punto acupuntural LI4.

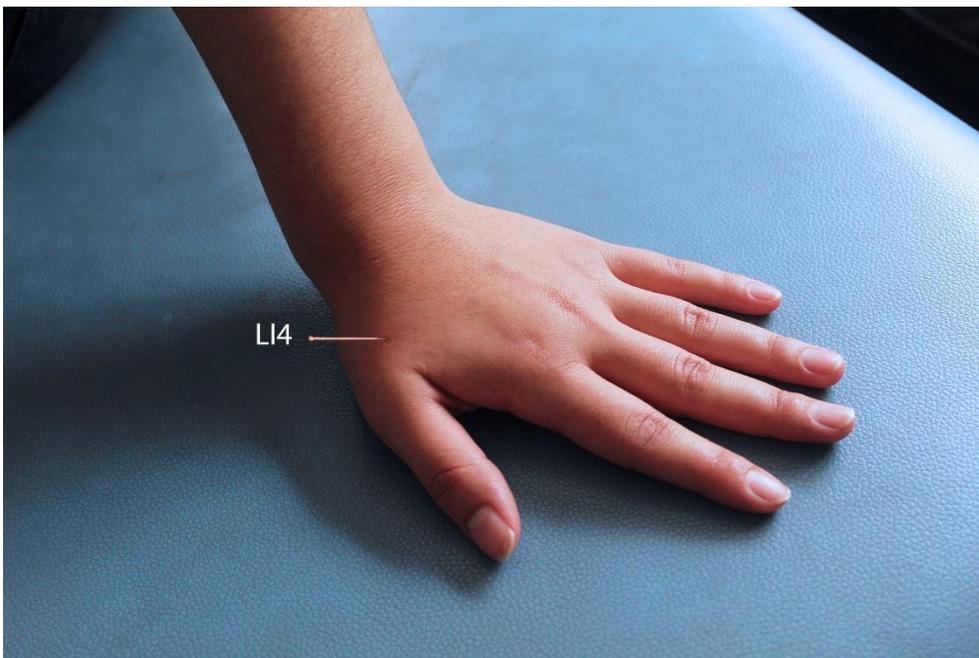


Figura 6

Puntos acupunturales BL32 y GB30.



Figura 7

Puntos acupunturales LV3, SP6 Y SP8.

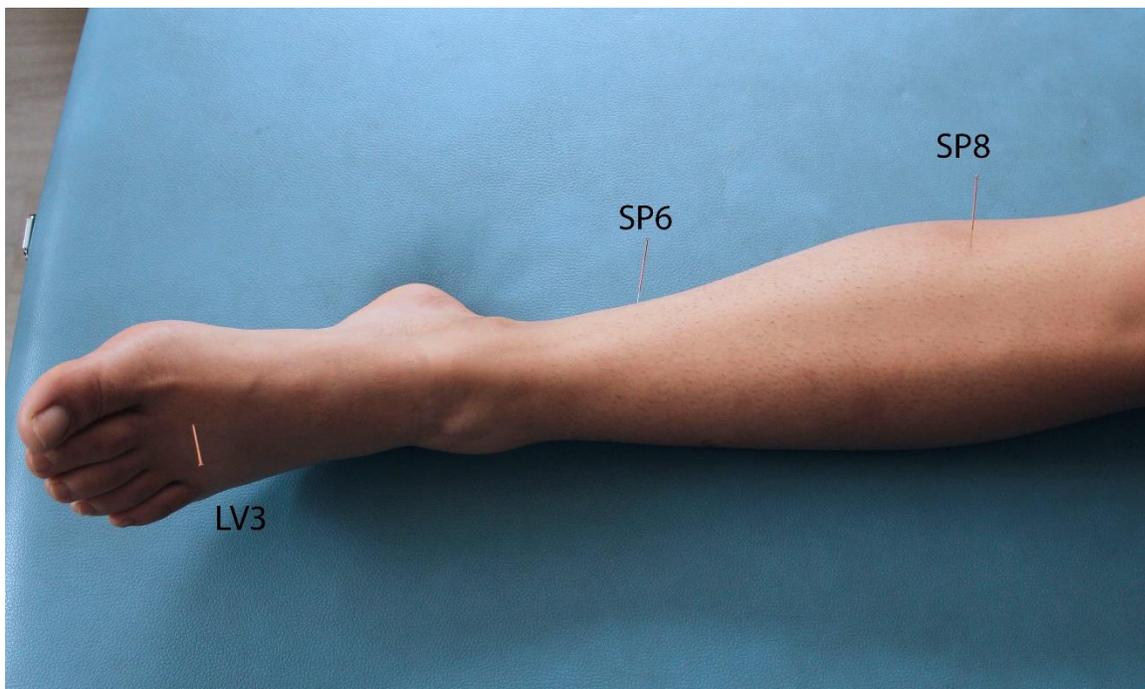


Figura 8

Puntos acupunturales BL67 y BL60.



Figura 9

Punto acupuntural ST36.



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El trabajo de parto a través de los años se ha ido medicalizando, generando potenciales riesgos para la madre y el feto, es por esto y otras razones, como el hecho de que las embarazadas están más interesadas y empoderadas sobre dicho proceso, que se busca volver a retomar la naturalidad de éste, ofreciendo otras opciones, siempre y cuando las condiciones maternas y fetales lo permitan (Fernández, 2014). Se analizaron distintos artículos científicos, donde se describen diversos puntos acupunturales situados a lo largo del cuerpo humano, y además se estudió en términos generales la efectividad de la acupresión para el manejo del dolor en el trabajo de parto.

La aplicación de la acupuntura está basada en el flujo de la energía (qi) a través de los canales o meridianos, la cual puede estancarse en estos produciendo malestar en el cuerpo (Patzek & Hertzner, 2003). A través de estos meridianos se encuentran puntos determinados llamados puntos acupunturales, los que al ser presionados remueven el curso de energía, aliviando los dolores de la persona (Focks y otros, 2008). En la literatura científica estudiada, se encontraron descritos 18 puntos acupunturales bilaterales que se usaron para la disminución del dolor en el trabajo de parto (Alimoradi, Kazemi, Gorji, & Valiani, 2020; Sehhatie-Shafaie, Kazemzadeh, Amani, & Heshmat, 2013; Hamidzadeh, Shahpourian, Orak, Montazeri, & Khosravi, 2012; Torkiyan, Sedigh Mobarakabadi, Heshmat, Khajavi, & Ozgoli, 2021; Jalilabadi, Amir, Nasiri, Heshmat, & Eshraghi, 2021; Hamlaci & Yazici, 2017; Türkmen & Çeber, 2020; Mansouri, Kordi, Badiee, Shakeri, & Mirteimouri, 2018; Yesilcicek & Komurcu, 2014; Chen & Wang, 2014; Mollart, Adam, & Foureur, 2015; Raana & Fan, 2020; Schlaeger, y otros, 2016; Najafi, Jaafarpour, Sayehmiri, & Khajavikhan, 2018). Estos puntos están ubicados a lo largo del cuerpo humano, los cuales serán mencionados en orden cefalopodálico. En la cabeza se encuentran GV20, BL5, BL8, BL9, GB8, GB16, GB17 y GB18 (Mansouri y otros, 2018), en el dorso GB21 (Alimoradi y otros, 2020; Torkiyan y otros, 2021; Mollart y otros, 2015; Schlaeger y otros, 2016), en extremidades superiores LI4 (Alimoradi y otros, 2020;

Sehhatie-Shafaie y otros, 2013; Hamlaci & Yazici, 2017; Chen & Wang, 2014; Mollart y otros, 2015; Raana & Fan, 2020; Schlaeger y otros, 2016; Najafi y otros, 2018), en la pelvis GB30, BL32 (Alimoradi y otros, 2020), y en extremidades inferiores SP6, SP8, BL67, BL60, LV3 y ST36 (Alimoradi y otros, 2020; Sehhatie-Shafaie y otros, 2013; Yesilcicek & Komurcu, 2014; Jalilabadi y otros, 2021; Türkmen & Çeber, 2020; Chen & Wang, 2014; Mollart y otros, 2015; Raana & Fan, 2020; Najafi y otros, 2018).

Los puntos que predominaron en los 14 artículos analizados fueron: LI4 (Hamidzadeh y otros, 2012; Hamlaci & Yazici, 2017), SP6 (Türkmen & Çeber, 2020; Yesilcicek & Komurcu, 2014), y GB21 (Torkiyan y otros, 2021).

Por otro lado, en los diferentes artículos analizados la efectividad del uso de acupresión para el alivio del dolor del trabajo de parto se evaluó a través de la aplicación de escalas del dolor, tales como EVA (escala numérica e íconos de expresiones faciales), NRS (escala numérica) (Vicente y otros, 2018) y un cuestionario del dolor de McGill (formulario que encasilla las sensaciones de la gestante en veinte parámetros) (Boyle y otros, 2003).

Adicionalmente, Mansouri y otros (2018) aplicaron presión en ciertos puntos del meridiano BL y GB y lograron demostrar que la eficacia variaba entre cada uno respecto a la disminución del dolor, concluyendo que el punto GB fue más efectivo que el BL. Asimismo, Jalilabadi y otros (2021) compararon la eficacia de los puntos SP6 y SP8 en cuanto a la disminución del dolor. Se comprobó que ambos puntos son efectivos, no obstante, el punto SP8 tuvo una mayor efectividad en comparación al punto SP6.

Respecto a la medición del dolor en escala EVA se demostró en el estudio de Sehhatie-Shafaie y otros (2013) una disminución en promedio de 2,62 puntos en distintas fases de dilatación (4, 6, 8 y 10 cm) al aplicar la acupresión en los puntos LI4 y SP6, en comparación al grupo control, que presentó un aumento del dolor en promedio de 0,4 puntos. Asimismo, Hamidzadeh y otros (2012) al medir el dolor inmediatamente después de la aplicación de presión en el punto LI4 obtuvieron una disminución promedio de 0,98

puntos, en contraposición al aumento de 0,66 puntos en el grupo control. Hamlaci y Yazici (2017) también demostraron en su grupo experimental una disminución del dolor en 0,34 puntos luego de aplicar presión en el punto LI4, en comparación con el grupo control que tuvo un aumento de 1,13 puntos.

Por otro lado, Yesilcicek y Komurcu (2014) realizaron una medición a los 4 cm de dilatación, donde el grupo al que se le aplicó presión en el punto SP6, aunque no presentó una disminución del dolor, sí evitó que el dolor fuera mayor, obteniendo en promedio 1 punto menos (con un puntaje de 4) en comparación al grupo control que obtuvo un promedio de 5 puntos. Se suman a estos resultados los estudios de Jalilabadi y otros (2021) que no demostraron una disminución del dolor posterior a la aplicación, pero sí existió una diferencia de valores en EVA entre los grupos SP6, SP8 y control. Se destacó el grupo SP8 que a los 3-4 cm de dilatación, luego de 15 minutos de aplicación, obtuvo un puntaje de 4,31 puntos en comparación al grupo SP6 con 5,43 puntos y el grupo control con 5,95 puntos. Luego, a los 8-10 cm de dilatación, luego de 15 minutos de aplicación, el grupo SP8 obtuvo 8,63 puntos, en contraposición del grupo SP6 con 9,34 puntos y el grupo control con 9,68 puntos.

Respecto a la escala NRS, Türkmen y Çeber (2020) obtuvieron resultados similares en ambos grupos aplicando presión en el punto SP6, donde en la fase activa (4 a 7 cm de dilatación) el grupo experimental obtuvo un puntaje de 7,24 y el grupo control un puntaje de 7,86, y en la fase de transición (8 a 10 cm de dilatación) ambos observaron un puntaje de 10 puntos, el número más alto en la escala del dolor. Por otra parte Torkiyan y otros (2021) demostraron que al ejercer presión en el punto GB21 durante la fase de dilatación se produjo una disminución del dolor en promedio de 1,23 puntos en el grupo experimental, en contraposición con el grupo placebo que demostró una disminución de 0,08 puntos y el grupo control que obtuvo un aumento de 0,3 puntos.

Chen y Wang (2014), Mollart y otros (2015), Raana y Fan (2020) y Schlaeger y otros (2017) señalaron que la acupresión es una manera eficaz, no invasiva para el alivio del dolor, y además seguro para la madre y el feto. De la misma manera, Najafi y otros

(2018) aseveran que el uso de acupresión funciona, sin embargo, agregan que se necesitan planificar futuros estudios para sustentar la aplicación más adecuada de la acupresión para el manejo del dolor del trabajo de parto.

En relación con la duración del trabajo de parto, en algunos estudios existió una variación significativa en el tiempo luego de aplicada la acupresión. Según Hamlaci y Yazici (2017) el trabajo de parto tuvo una duración total (fase de dilatación más expulsivo) de 244 minutos en el grupo estudio, mientras que el del grupo control fue de 260 minutos, obteniendo una diferencia de 16 minutos menos. De la misma manera, Türkmen y Çeber (2020) mencionan que la duración del trabajo de parto en el grupo experimental fue de 315 minutos en tanto que, el grupo control fue de 365 minutos, con una diferencia de 50 minutos menos.

Por otro lado, Yesilcicek y Komurcu (2014) mencionan que la duración de la fase de dilatación en el grupo de estudio fue de 225 minutos, versus el grupo control que fue de 320 minutos, existiendo una diferencia de 96 minutos menos. Respecto a la duración de la fase de expulsivo, en el grupo de estudio fue de 15 minutos y en el grupo control de 20 minutos, obteniendo una diferencia de 5 minutos menos. Asimismo, Hamidzadeh y otros (2012) mencionan que la duración de la fase de dilatación en el grupo estudio fue de 146 minutos, mientras que en el grupo control fue de 185 minutos, observando una diferencia de 39 minutos menos. En cuanto a la duración de la fase de expulsivo, en el grupo de estudio fue de 20 minutos y en el grupo control 28 minutos, notando una diferencia de 8 minutos menos.

Finalmente, Jalilabadi y otros (2021) concluyeron que la duración de la fase de dilatación en el grupo del punto SP6 fue de 247 minutos, en el grupo del punto SP8 214 minutos, mientras que en el grupo control fue de 269 minutos, observando una menor duración en los grupos a los cuales se les aplicó acupresión, siendo el SP8 el punto más significativo. Al contrario de Alimoradi y otros (2020), quienes mencionan que no hubo una diferencia significativa entre el grupo estudio y control respecto a la duración de la fase de dilatación. No obstante, se desconocen los mecanismos específicos que influyen

en la variación de los valores relacionados con las fases del trabajo de parto, debido a que existen múltiples factores que afectan, tales como el estrés, el ruido y temperatura ambiental o la privacidad (Lothian, 2004). Sin embargo, se concluye que la acupresión tiene un efecto positivo en la duración del trabajo de parto, específicamente en las fases de dilatación y expulsivo, ya que en la mayoría de los artículos se menciona que existe una disminución en el tiempo de dicho proceso.

El quehacer de las matronas y matrones engloba la atención de las necesidades de las usuarias durante todo su ciclo vital (Segovia, 1998). Durante la gestación y el parto la matrona asume un rol de acompañamiento, satisfaciendo las necesidades de la mujer embarazada de recibir apoyo, centrandose su actuar en brindar el mayor bienestar posible (Cerdeña, 2020). Una herramienta para conseguir esto es la acupresión, siendo esta un método no farmacológico, no invasivo, que no presenta efectos adversos para la madre ni para el feto (Raana & Fan, 2020; Torkiyan y otros, 2021; Yesilcicek & Komurcu, 2014). Una educación idónea hacia la usuaria y la capacitación del profesional le otorga confianza y seguridad a la gestante para querer utilizar esta terapia complementaria, adicional a esto la usuaria reconoce su autonomía en el proceso y el respeto a la toma de decisiones (Muñoz, 2016).

En resumen, la acupresión es una técnica no farmacológica, la cual es inocua tanto para la madre y el feto (Raana & Fan, 2020; Torkiyan y otros, 2021; Yesilcicek & Komurcu, 2014), no invasiva (Chen & Wang, 2014), de fácil aplicación, económica que además no requiere de instrumentos específicos para su aplicación y brinda una reducción del dolor del trabajo de parto. La literatura describe 18 puntos para el manejo del dolor del trabajo de parto, de los que destacaron 3, LI4, SP6, GB21. Adicionalmente, se encontró que la aplicación de acupresión puede disminuir la duración del trabajo de parto. El uso de la acupresión puede ser un aporte para volver a naturalizar el parto y puede convertirse en una opción para aquellas mujeres que desean métodos no farmacológicos en el proceso de trabajo de parto, además de ayudar a la humanización del parto.

Dentro de las limitaciones que se presentaron en el desarrollo de la investigación, fue la falta de estudios latinoamericanos que permitan contextualizar esta técnica en nuestra realidad sanitaria.

CONCLUSIÓN

En términos generales, el uso de la acupresión para el manejo del dolor durante el trabajo de parto es un método no farmacológico efectivo, y que además no representa riesgos ni para la madre ni para el feto, en comparación de medidas farmacológicas que, si bien son efectivas, conllevan un riesgo para el binomio, por lo que la acupresión es una opción que se puede ofrecer a aquellas mujeres cuya condición lo permita. Entre los puntos analizados los más utilizados en la literatura científica, fueron tres: LI4, SP6 y GB21.

Con respecto a la eficacia, se observó una diferencia del dolor entre los grupos de estudio y control, siendo menor el dolor en el grupo estudio, esta diferencia fue analizada a través de escalas EVA, NRS y el cuestionario del dolor de McGill, aplicadas a las gestantes antes y después del empleo de la acupresión en el pre-parto. Agregado a esto, existió diferencia en la duración del trabajo de parto teniendo un tiempo menor en los grupos de estudio, no obstante, no hay claridad de como la acupresión influyó en la disminución del tiempo de las fases del trabajo de parto.

Si bien fue efectivo, no se encontró evidencia en Latinoamérica, ya que la mayoría de los estudios fueron realizados en países orientales, debido a esto se sugiere llevar a cabo investigaciones sobre el uso de la acupresión en el manejo del dolor del trabajo de parto en Latinoamérica, para lograr mayor visibilidad y estandarización de este método no farmacológico y que sea conocido, tanto por los profesionales como por las usuarias, como una técnica segura y efectiva para aliviar el dolor durante el trabajo de parto.

La implementación de medidas alternativas como la acupresión para el manejo del dolor del trabajo de parto, en cuanto al ejercicio de la profesión de la matrona o el matrn en Latinoamérica, funciona como una herramienta más dentro del área del quehacer matronil, ampliando los horizontes en búsqueda del beneficio de la gestante para hacer del parto una experiencia única. Lo antes expuesto genera un espacio seguro, respetuoso y humanizado, queriendo volver a lograr la naturalidad y autonomía del parto, siempre y cuando las condiciones maternas y fetales sean favorables, además del continuo acompañamiento del profesional en todo el proceso de gestación y término de ésta. Además, es de suma importancia ampliar las opciones para el manejo del dolor que se ofrecen a la persona gestante, para así lograr disminuir los altos niveles de cesáreas electivas que se realizan, ya que existe un alto porcentaje de usuarias que optan por ésta, debido al miedo a sentir dolor y el estigma que tiene el proceso del parto producto la desinformación que hay sobre dicha etapa.

Por último, cabe destacar que siempre se debe respetar la decisión de la usuaria sobre cómo desea llevar a cabo su proceso de parto, es por esto que nuestro rol como profesionales del área, formados para acompañar y guiar durante esta importante etapa, está en entregar información y educar en base a la evidencia científica sobre todas las opciones que existen respecto al alivio del dolor, las ventajas y desventajas de cada método. Con la obtención de una visión integral, se logrará entregar una atención individualizada según los requerimientos de cada persona gestante, el cual es el enfoque central del parto humanizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Akköz Çevik, S., & Karaduman, S. (2019). The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial.
- Alimoradi, Z., Kazemi, F., Gorji, M., & Valiani, M. (2020). Effects of ear and body acupressure on labor pain and duration of labor active phase: A randomized controlled trial.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R., Cyna, A., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000331(5). <https://doi.org/DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4>.
- Aung, S., & Chen, W. (2007). *Clinical Introduction to Medical Acupuncture*. Thieme.
- Boyle, G., Fernández, E., & Ortet, G. (2003). El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire -MPQ): Consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII(1), 111-119.
- Butwick, A., Wong, C., & Nan, G. (2018). *Maternal Body Mass Index and Use of Labor Neuraxial Analgesia: A Population-based Retrospective Cohort Study*.
- Cerda, L. (2020). Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia.
- Chen, Y., & Wang, H. (2014). The effectiveness of acupressure on relieving pain: a systematic review.
- Cortés, F., Merino, W., & Bustos, K. (2019). Pain perception during labor. A review of factors. 49(5), 614-624. <https://doi.org/https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n05-05>
- Deadman, P., Al-Khafaji, M., & Baker, K. (2003). *A Manual of Acupuncture*.
- Department of Health. (1993). *Report of the Expert Maternity Group: Changing Childbirth (Cumberlege Report)*. London.
- Fernández, I. (2014). Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enfermería global*, 13(1), 400-406.
- Focks, C., Schuster, J., & Marz, U. &. (2008). *Atlas of Acupuncture*.
- González-Mesa, E., Jiménez-López, J., Blasco-Alonso, M., & Lubian-Lopez, D. (2021). Obstetricians' Attitude towards Childbirth. *International journal of environmental research and public health*.
- Grant, G. (2022). Pharmacologic management of pain during labor and delivery.
- Hamidzadeh, A., Shahpourian, F., Orak, R. J., Montazeri, A. S., & Khosravi, A. (2012). Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor.
- Hamlaci, Y., & Yazici, S. (2017). The Effect of Acupressure Applied to Point LI4 on Perceived Labor Pains.
- Hundley, V., Downe, S., & Buckley, S. (2020). The initiation of labour at term gestation: Physiology and practice implications. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 4-18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.006>
- Indraccolo, U., Calabrese, S., Di Iorio, R., Corosu, L., Marinoni, E., & Indraccolo, S. (2010). Impact of the medicalization of labor on mode of delivery. *CLINICAL AND EXPERIMENTAL OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, 37(4), 273-277. <http://www.webofscience.com.bdigitaluss.remotexs.co/wos/woscc/full-record/WOS:000284748100008>

- Jalilabadi, M., Amir, S., Nasiri, M., Heshmat, R., & Eshraghi, N. (2021). Comparison of the Effect of Acupressure at SP6 and SP8 Points on Pain Intensity and Duration of the First Stage of Labor.
- Karim, F., Dilley, J., & Cheung, E. (2019). A review of acupuncture in obstetrics and gynaecology. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 21, 209–214. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/tog.12574>
- Lothian, J. (2004). Do Not Disturb: The Importance of Privacy in Labor.
- Mansouri, E., Kordi, M., Badiie, S., Shakeri, M., & Mirteimouri, M. (2018). Comparison of the Effect of Pressure on Bladder-GV20 and Gallbladder-GV20 on Labor Pain Intensity among the Primiparous Women: A Randomized Clinical Trial. .
- Ministerio de Salud. (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*.
- Mollart, L., Adam, J., & Foureur, M. (2015). Impact of acupressure on onset of labour and labour duration: A systematic review. .
- Muñoz, E. G. (2016). La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas. 58.
- Najafi, F., Jaafarpour, M., Sayehmiri, K., & Khajavikhan, J. (2018). An Evaluation of Acupressure on the Sanyinjiao (SP6) and Hugo (LI4) Points on the Pain Severity and Length of Labor: A Systematic Review and Meta-analysis Study.
- Organización Mundial de la Salud. (1979). Symposium on acupuncture. Beijing.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Benchmarks for the Practice of Acupuncture*.
- Organización Mundial de la Salud. (16 de Junio de 2021). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access*. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access#:~:text=Worldwide%20caesarean%20section%20rates%20have,increasing%20over%20this%20current%20decade>.
- Patzek, S., & Hertzner, K. (2003). Medicina Tradicional China para Mujeres.
- Pérez, L. (2006). Manejo del dolor del trabajo de parto con metodos alternativos y complementarios al uso de farmacos. *Matronas Profesión*, 7(1), 14-22.
- Raana, H., & Fan, X. (2020). The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis.
- Robert, M., Berghella, V., & Barss, V. (2022). Labor: Overview of normal and abnormal progression. *UpToDate*. https://www.uptodate.com.bdigitaluss.remotexs.co/contents/labor-overview-of-normal-and-abnormal-progression?search=trabajo%20de%20parto%20y%20fases&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Schlaeger, J., Gabzdyl, E., Bussell, J., Takakura, N., Yajima, H., Takayama, M., & Wilkie, D. (2016). Acupuncture and Acupressure in Labor.
- Segovia, I. (1998). The midwife and her functions by level of care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.

- Sehhatie-Shafaie, F., Kazemzadeh, R., Amani, F., & Heshmat, R. (2013). The Effect of Acupressure on Sanyinjiao and Hugo Points on Labor Pain in Nulliparous Women: A Randomized Clinical Trial.
- Silver, R. (2012). Implications of the First Cesarean: Perinatal and Future Reproductive Health and Subsequent Cesareans, Placentation Issues, Uterine Rupture Risk, Morbidity, and Mortality. *Seminars in Perinatology*, 315-323.
- Subsecretaría de Salud Pública. (2006). Otorga reconocimiento y regula a la acupuntura como profesión auxiliar de la salud.
- Torkiyan, H., Sedigh Mobarakabadi, S., Heshmat, R., Khajavi, A., & Ozgoli, G. (2021). The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial.
- Türkmen, H., & Çeber, E. (2020). The effect of acupressure on labor pain and the duration of labor when applied to the SP6 point: Randomized clinical trial.
- Valdés, C., Palavecino, N., Pantoja, L., Ortiz, J., & Binfa, L. (2016). Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile. *Matronas Profesión*(17), 62-69.
- Vicente, M., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M., & Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios.
- Yang, E., Li, P., Nilius, B., & Li, G. (2011). Ancient Chinese medicine and mechanistic evidence of acupuncture physiology. *Pflügers Archiv - European Journal of Physiology*, 462(5), 645–653. <https://doi.org/10.1007/s00424-011-1017-3>
- Yesilcicek, C. K., & Komurcu, N. (2014). Effects of SP6 Acupuncture Point Stimulation on Labor Pain and Duration of Labor. .