

Consulte debates, estadísticas y perfiles de autores de esta publicación en:  
<https://www.researchgate.net/publication/305222691>

# Terapias complementarias para el trabajo de parto y el estudio del nacimiento: un ensayo controlado aleatorio de medicina integradora prenatal para el manejo del dolor en el parto

Artículo en **BMJ Open** · Julio

2016  
[doi:10.1136/bmjopen-2015-010691](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010691)

CITAS

1

9

1 autor:

LECTU

17

4



[Kate Levett](#)

Universidad de Notre Dame Australia

**28 PUBLICACIONES 762 CITAS**

VER EL  
PERFIL

Algunos de los autores de esta publicación también están trabajando en estos proyectos relacionados:



Terapias complementarias para el trabajo de parto y el estudio del nacimiento: un ensayo controlado aleatorio de medicina integradora prenatal para el manejo del dolor en el trabajo de parto Ver proyecto



Masaje, reflexología y otros métodos manuales para el manejo del dolor en el parto Ver proyecto

# BMJ Open Terapias complementarias para el trabajo de parto y el estudio del nacimiento: un ensayo controlado aleatorio de medicina integradora prenatal para el manejo del dolor en el parto

1 1 1 2

KateMLevett, CASmith, ABensoussan, HGDahlen

Para citar: Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, et al. Terapias complementarias para el trabajo de parto y el estudio del nacimiento: un ensayo controlado aleatorio de medicina integradora prenatal para el manejo del dolor durante el parto. *Abierto BMJ* 2016;6: e010691. doi:10.1136/bmjopen-2015-010691

► [Historia previa a la publicación y](#) Hay material adicional disponible. Para verlo, visite la revista (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010691>).

Recibido el 27 de noviembre de 2015 Revisado el 30 de abril de 2016 Aceptado el 3 de mayo de 2016



<sup>1</sup> Instituto Nacional de Medicamentos Complementarios (NICM), Western Sydney University, Sydney, Australia  
<sup>2</sup> Escuela de Enfermería y Partería, Universidad de Western Sydney, Sydney, Australia

#### Correspondencia a

Dra. Kate M. Levett; K. Levett@westernsydney.edu.au

## RESUMEN

### Objetivo:

Evaluar el efecto de un programa educativo prenatal en medicina integrativa además de la atención habitual para mujeres nulíparas sobre el uso epidural intraparto. Diseño: abierto, evaluador ciego, aleatorizado. ensayo controlado.

Ámbito: 2 hospitales públicos en Sydney, Australia. Población: 176 mujeres nulíparas con bajo riesgo. embarazos, asistiendo a clínicas prenatales en hospitales.

Métodos e intervención: lo complementario Terapias para el protocolo de Parto y Nacimiento, basadas en el She Births y acupresión para el parto y nacimiento.

Los cursos, incorporaron 6 técnicas de medicina complementaria basadas en evidencia: acupresión, visualización y relajación, respiración, masajes, técnicas de yoga y apoyo facilitado a la pareja. La aleatorización se produjo entre las semanas 24 y 36 de gestación y las participantes asistieron a un programa de educación prenatal de 2 días más atención estándar, o atención estándar sola.

Principales medidas de resultado: Tasa de analgésico.

uso epidural. Secundario: inicio del trabajo de parto, aumento, modo de nacimiento, resultados del recién nacido.

Resultados: Hubo una diferencia significativa en la epidural.

uso entre los 2 grupos: grupo de estudio (23,9%) atención estándar (68,7%; riesgo relativo (RR) 0,37 (IC del 95%: 0,25 a 0,55),  $p \leq 0,001$ ). Los participantes del grupo de estudio informaron una tasa reducida de aumento (RR=0,54 (IC del 95%: 0,38 a 0,77),  $p < 0,0001$ ); cesárea (RR=0,52 (IC 95% 0,31 a 0,87),  $p = 0,017$ ); duración de la segunda etapa (diferencia de medias = -0,32 (IC del 95 %: -0,64 a 0,002),  $p = 0,05$ ); cualquier traumatismo perineal (0,88 (IC 95% 0,78 a 0,98),  $p = 0,02$ ) y reanimación del recién nacido (RR=0,47 (IC 95% 0,25 a 0,87),  $p \leq 0,015$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el inicio espontáneo del trabajo de parto, el uso de petidina, la tasa de hemorragia posparto, el trauma perineal mayor (desgarros de tercer y cuarto grado/episiotomía) o el ingreso a la sala de cuidados especiales/unidad de cuidados intensivos neonatales ( $p = 0,25$ ).

Conclusiones: las terapias complementarias para El protocolo del estudio Labor and Birth redujo significativamente el uso de epidural y la cesárea. Este estudio proporciona evidencia de la medicina integrativa como una

## Fortalezas y limitaciones de este estudio

### Fortalezas

- Este es el primer ensayo controlado aleatorio en Australia que ha investigado la eficacia de un curso de preparación para el parto, que integra múltiples técnicas de medicina complementaria (CM), para apoyar el parto natural de las madres primerizas. Esto sugiere una reorientación de la educación prenatal hacia el parto normal y refleja las medidas de resultados actuales en los informes sobre las directivas políticas de los servicios de maternidad.
- El estudio utilizó técnicas de MC autoadministradas y basadas en evidencia y análisis ciego para probar una hipótesis a priori, e implementó un diseño pragmático donde los participantes eran libres de usar cualquiera de las técnicas sin prescripciones ni limitaciones de tiempo para su uso, lo que permitió a las mujeres y a sus parejas tener control e influencia sobre su proceso de parto, y utilizar información y herramientas de CM para gestionar sus propios partos.
- Se utilizó la medida de resultado primaria del bloqueo epidural (BDE), en lugar de las puntuaciones de dolor utilizadas con frecuencia, ya que la medida objetiva del BDE se ha identificado como un factor mediador en las intervenciones de parto y el modo de nacimiento, descrito como la cascada de intervenciones.
- Las limitaciones de este estudio incluyen una mayor inscripción de mujeres relativamente ricas y bien educadas y relativamente menos participantes del área identificada como de nivel socioeconómico más bajo. Esto está en línea con investigaciones previas sobre CM, pero vale la pena considerar que las tasas más altas de uso de epidural y cesárea también se encuentran entre esta población más favorecida.
- Se recomienda una implementación nacional e internacional más amplia de este estudio para confirmar los resultados en una población más amplia y examinar cuestiones de generalización.

un complemento eficaz a la educación prenatal y contribuye al conjunto de pruebas de mejores prácticas.

Número de registro de prueba:

ACTRN12611001126909.

## INTRODUCCIÓN

Ha habido un aumento en las tasas de intervención durante el trabajo de parto y el nacimiento en la mayoría de los países desarrollados,<sup>1 2</sup> y las tasas de intervención en Australia durante el parto están muy por encima de los promedios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).<sup>3</sup> A medida que aumentan estas intervenciones, tales como el uso rutinario del bloqueo epidural (BDE), también lo hace la tasa de partos instrumentales y las intervenciones médicas asociadas.<sup>4–8</sup> Las tasas de epidural en los hospitales de Nueva Gales del Sur (NSW) han mostrado un rápido aumento durante la última década. En 2012, el promedio estatal de uso de EDB fue del 46,5%; sin embargo, hubo una amplia variación dentro del estado, que oscilaba entre el 15% y el 82,7% según la región y el hospital.<sup>9 10</sup> El elevado uso de BDE para aliviar el dolor durante el parto se ha identificado como un factor que contribuye al aumento de las tasas de parto y asistencia vaginal, partos y cesárea (CS).<sup>4 6–8 11</sup>

La educación sobre el parto también ha experimentado un cambio desde la preparación para el parto,<sup>12 13</sup> hacia un plan de estudios ampliamente centrado en la educación general de los padres.<sup>14</sup> Los hallazgos de una revisión sistemática sobre la educación sobre el parto informan que la eficacia de la educación prenatal para el parto o la paternidad apoya la idea de que las intervenciones educativas tiene un papel en el aumento de los sentimientos de confianza en uno mismo y control, pero demuestra poco impacto en la reducción de intervenciones y morbilidad asociada en el trabajo de parto.<sup>15 16</sup>

Los enfoques de medicina integrativa y la medicina complementaria (MC), en particular, pueden ofrecer mayores opciones para el alivio del dolor en el parto,<sup>17</sup> y pueden ser eficaces dentro del marco de educación prenatal hospitalaria.

El término medicina integrativa se utiliza cuando se hace referencia a la incorporación de MC o terapias complementarias (TC) en la atención sanitaria general.<sup>18</sup> Datos australianos recientes sugieren que el 74,4% de las mujeres utilizaron alguna forma de MC durante el embarazo, y el 66,7% de estas mujeres también utilizaron medicamentos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto.<sup>19</sup> La Revisión Sistemática Cochrane sobre el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto encuentra algunas pruebas que sugieren que la acupuntura, la relajación, el masaje y la inmersión en agua pueden ayudar en el tratamiento del trabajo de parto con pocos efectos secundarios; sin embargo, se necesita más investigación para establecer la eficacia de estas técnicas.<sup>20</sup>

En respuesta a la necesidad de establecer una base de evidencia para las intervenciones de MC para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, llevamos a cabo un ensayo controlado aleatorio (ECA) para probar la hipótesis de que las mujeres nulíparas que se someten a un curso de educación prenatal de MC, además de la atención prenatal habitual, utilizarían menos BDE que las mujeres nulíparas que reciben únicamente la atención prenatal habitual. Los ensayos de intervenciones complejas son difíciles de realizar, no tienen modelos lineales y requieren un enfoque pragmático. enfoque para la implementación.<sup>21 22</sup>

## MÉTODO

El protocolo del estudio de Terapias Complementarias para el Trabajo de Parto y el Nacimiento (CTLB) se basó en el Programa de Educación Prenatal She Births, con un sistema de acupresión.

protocolo del componente “técnicas de acupresión para su uso durante el parto y el embarazo”.<sup>23</sup> El protocolo del estudio se adaptó aún más para reflejar la base de evidencia para las técnicas de MC que se incorporaron.<sup>22 24–26</sup>

Desde abril de 2012 hasta agosto de 2013, las mujeres y sus parejas de nacimiento fueron reclutadas para un estudio de dos brazos que consistía en un grupo de estudio, que recibió el protocolo CTLB además de la atención habitual, y un grupo de control, que recibió la atención habitual únicamente. El estudio fue un evaluador.

ECA pragmático ciego y abierto.

## Participantes

Las mujeres que asistieron a la clínica prenatal fueron elegibles para participar en el estudio entre las semanas 24 y 34 de gestación. Se les proporcionó una hoja de información para ellos y su pareja de nacimiento. Si estaban interesadas y eran elegibles para participar, las mujeres y sus parejas firmaron formularios de consentimiento individuales. Las mujeres eran elegibles para participar en el ensayo si tenían un embarazo único con presentación cefálica, eran de bajo riesgo (sin complicaciones médicas preexistentes ni complicaciones obstétricas existentes), eran madres primerizas (nulíparas) y tenían suficiente conocimiento de inglés. para participar en un curso. Se excluyó a las mujeres de participar en el ensayo si tenían factores de riesgo preidentificados, estaban inscritas o tenían la intención de inscribirse en un programa de partería de "continuidad de atención" o en un curso privado de preparación para el parto, no podían asistir a un curso de fin de semana, no sabían suficiente inglés. para participar, o habían sido previamente asignados al azar al ensayo. El reclutamiento se llevó a cabo en dos hospitales públicos de Sydney, Australia, que reflejaban diversas áreas socioeconómicas. El reclutamiento también se llevó a cabo a través de la Western Sydney University (WSU), afiliada, en respuesta a anuncios en periódicos y revistas. Los participantes que fueron reclutados a través de WSU asistieron a los cursos en cualquiera de los dos sitios del estudio hospitalario. Se contactó a todas las mujeres elegibles en la clínica prenatal del sitio 1, ya que se trataba de una unidad más pequeña y era posible el contacto individual; todas las clínicas fueron atendidas regularmente por el investigador. En el sitio 2, el hospital era mucho más grande y más diverso en cuanto a la estructura de las clínicas. Se asistió a diferentes clínicas y se contactó a mujeres elegibles en estas clínicas. No fue posible asistir a todas las clínicas en esta unidad más grande, y se seleccionó una variedad de clínicas en diferentes semanas para lograr una muestra representativa de mujeres. Para el sitio 3, donde se utilizaron folletos y anuncios en periódicos para el reclutamiento, la tasa de respuesta fue bastante baja. Todas las mujeres elegibles que nos contactaron a través de estos medios fueron asignadas al azar al estudio. No tenemos datos sobre las mujeres que no fueron elegibles para participar. El objetivo de la aleatorización se logró con bastante rapidez y la participación fue popular.

## Aleatorización

Utilizamos una secuencia de aleatorización generada por computadora basada en la web y preparada centralmente a través del sitio web "Sealed Sobre" (<https://http://www.sealedenvelope.com>), y

oculto centralmente. La estratificación se realizó por sitio del hospital, lo que produjo tres listas de aleatorización: "sitio H", "sitio N" y "WSU". Las mujeres fueron asignadas al azar al grupo de estudio o solo a la atención habitual. La asignación al azar se produjo en una proporción de asignación de 1:1 para garantizar números iguales en cada grupo en cada hospital. Todas las asignaciones al azar fueron realizadas por el investigador KL.

### Intervención

Se llevaron a cabo cursos de dos días (consulte el archivo complementario en línea 1) durante un fin de semana en uno de los dos hospitales, con una frecuencia quincenal o mensual durante un período de 15 meses, desde mayo de 2012 hasta agosto de 2013. Se llevaron a cabo un total de 20 cursos durante esta vez. Los participantes asistieron antes de las 36 semanas de gestación con una pareja de parto, y hubo un máximo de 12 parejas y un mínimo de 2 parejas en cada curso, con un promedio de 8 parejas por curso. El investigador del estudio (KL) dirigió cada curso.

La filosofía subyacente y las técnicas específicas incluidas en el programa de intervención fueron diseñadas para apoyar a la mujer durante su embarazo y parto mediante la introducción de herramientas para mejorar un estado natural de relajación (visualización, respiración, masajes, yoga) y facilitar la progresión del parto (yoga, acupresión.) y alivio del dolor (respiración, acupresión, visualización). El protocolo CTLB introduce conceptos de parto como un proceso fisiológico natural y la idea de "trabajar con dolor"<sup>27</sup> utilizando herramientas de CM basadas en evidencia mediante las cuales se puede gestionar el proceso de parto.<sup>20</sup> Las mujeres y sus parejas recibieron educación.

sobre la fisiología del parto normal.

Las herramientas utilizadas fueron:

1. Visualización<sup>25</sup>: cuatro visualizaciones guiadas ensayadas a lo largo de los cursos y entregadas a los participantes en un CD para practicar en casa;
2. Posturas de yoga<sup>28</sup>: cinco posturas y movimientos practicados para fomentar la relajación, posición fisiológica para el parto, apertura de la pelvis y posición hacia abajo. descenso del bebé;
3. Técnicas de respiración<sup>20</sup>: se introdujeron cuatro técnicas de respiración: respiraciones suaves durante el sueño para relajarse entre las contracciones; maravillosas respiraciones abdominales (BB, por sus siglas en inglés) que se usaban durante las contracciones para aliviar el dolor; Respiraciones limpiadoras y calmantes utilizadas después de las contracciones durante el período de transición del parto; y la suave respiración del parto (GB), que se utilizaba durante la segunda etapa del trabajo de parto y fomentaba el descenso del bebé evitando los pujos activos y la protección de el suelo pélvico;
4. Masaje<sup>26</sup>: se mostraron dos técnicas a las parejas: el masaje de endorfinas que se utiliza entre las contracciones, que es una técnica suave y estimula la liberación de endorfinas; y el masaje más fuerte que se utiliza durante las contracciones para aliviar el dolor y se centra en apretar los glúteos, especialmente el músculo, para interrumpir la percepción del dolor;
5. Acupresión,<sup>22 24</sup> que utiliza seis puntos principales para su uso durante el trabajo de parto seleccionados para un estudio publicado anteriormente.

protocolo.<sup>23</sup> Estos se centran en la liberación de hormonas para la progresión del trabajo de parto, el aumento de las contracciones, alivio del dolor, náuseas y posicionamiento del bebé;

6. El apoyo facilitado a la pareja<sup>29–31</sup> utiliza el concepto de trabajar con dolor<sup>27</sup> e instruye a las parejas a defender a la mujer en trabajo de parto, promoviendo su oxitocinicos niveles de cin y minimizar su estrés con acciones y técnicas que sean de apoyo para la mujer que da a luz, y brinde tiempo para una discusión facilitada y

Ensayo por parejas durante el curso.

La atención habitual consistió en el curso de educación prenatal hospitalario disponible de forma rutinaria en cada hospital. Actualmente, las clases de educación prenatal en Australia adoptan un enfoque descriptivo general de la preparación para el parto y enfatizan la crianza de los hijos y las cuestiones posparto como enfoque principal.<sup>14</sup> Las clases generalmente se imparten semanalmente durante 6 a 7 semanas o durante 1 a 2 fines de semana, e incluyen temas como: embarazo cambios, ejercicio y cuidado de la espalda durante el embarazo, signos del parto, resultados inesperados en el parto y el parto, manejo farmacológico del dolor, manejo del parto y el nacimiento, cuidado del recién nacido y lactancia materna, paternidad, y las primeras semanas del bebé.

### Cegador

Las mujeres, sus parejas y el investigador jefe (KL) no estaban cegados a la asignación de grupos. Posteriormente se codificó el grupo asignado y las medidas de resultado se evaluaron y analizaron de forma ciega a la asignación del grupo de estudio. Las parteras y los médicos de cada uno de los dos hospitales principales del estudio y otros sitios estaban al tanto del estudio, pero el personal de la sala de partos estaba cegado a la asignación de grupos de los participantes del estudio. El contenido del curso de estudio no se reveló a las parteras para evitar cualquier cambio en la práctica que pueda ocurrir. La asignación de grupos y los datos se vincularon mediante códigos de identificación, lo que permitió que el análisis se realizara a ciegas.

### Medidas de resultado a priori

Resultados primarios para aliviar el dolor.

Resultados secundarios : otro analgésico farmacológico uso durante el parto; la inducción del trabajo de parto; aumento del trabajo de parto; duración del trabajo de parto; parto instrumental; CS: hemorragia posparto (HPP; pérdida de sangre >500 ml); traumatismo perineal (desgarro/episiotomía de primer/segundo/tercer/cuarto grado); traumatismo perineal mayor o grave (desgarro/episiotomía de tercer o cuarto grado); Puntuaciones de Apgar <7 a los 5min; reanimación del recién nacido (con oxígeno, succión, bolsa y mascarilla, intubación, masaje cardíaco); admisión a una guardería de cuidados especiales/unidad de cuidados intensivos neonatales (SCN/NICU). Otros resultados incluyeron la actitud hacia el parto y la sensación personal de control, así como la depresión posparto a las 6 semanas, medida mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).<sup>32</sup>

### Cuestionarios

Para evaluar las medidas de control personal, utilizamos la Escala de Agentría Laboral (LAS).<sup>33</sup> Dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento, se administró la LAS a todas las mujeres (consulte el archivo complementario 2 en línea). El LAS contiene 29

preguntas con una escala Likert de siete puntos que van desde “1=casi siempre” hasta “7=raramente”. Por lo tanto, en teoría, las puntuaciones podrían oscilar entre 29, que indica el mayor control posible, y una puntuación alta de 203, que indica la menor agencia posible. Los resultados clínicos se recopilaron de los registros de nacimiento de los hospitales y de los resúmenes de nacimiento de los hospitales de Nueva Gales del Sur, a los que se accedió desde los hospitales donde la participante había dado a luz.

**Análisis**

Se utilizó un análisis por intención de tratar (ITT) para los datos de resultados primarios y secundarios. Se utilizaron las pruebas de  $\chi^2$  y t para el análisis univariante de datos categóricos y continuos, respectivamente. La significación se fijó en un  $\alpha$  de 0,05, informando el riesgo relativo con un IC del 95%. La asignación de grupos fue codificada por un investigador independiente, y el investigador realizó el análisis sin conocer la asignación de grupos. Los datos se analizaron utilizando SPSS V.22 (IBM SPSS Statistics para Windows, versión 22.0 [programa]. Armonk, KY: IBM Corp, 2013).

**Tamaño de muestra y potencia.**

El ensayo fue diseñado para demostrar una reducción absoluta del 20% en el uso epidural del 46% en aquellas mujeres tratadas con la atención habitual al 26% en aquellas

mujeres que fueron asignadas al azar al estudio. La tasa de uso de BDE se determinó a partir de los datos publicados para los dos hospitales del estudio en el Informe sobre Madres y Bebés de Nueva Gales del Sur de 2011.34 Esto requirió un tamaño de muestra total de 170 mujeres para un poder del 80% con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ . El reclutamiento continuó hasta que se inscribieron al menos 170 mujeres y las asignadas al azar al grupo de tratamiento completaron el curso o se supo que lo habían perdido: 176 fueron asignadas al azar y 171 completaron el estudio. Se observó una baja tasa de abandono (<3%) para la población general del estudio y por separado para cada brazo del estudio (<5%).<sup>35</sup> Los datos de resultados primarios estaban disponibles para todos los participantes que dieron su consentimiento.

**RESULTADOS**

Evaluamos la elegibilidad de 315 mujeres para participar en el estudio, de las cuales 176 fueron aleatorizadas y 171 fueron incluidas en el análisis final (figura 1). Cinco mujeres se perdieron durante el seguimiento. Las mujeres fueron asignadas al azar al grupo de estudio (n=89) o al grupo de control (n=87). De las 315 mujeres examinadas, 139 fueron excluidas por las siguientes razones: 105 rechazaron participar y 34 no cumplieron con los criterios de inclusión (inglés insuficiente (n=7), asistencia a un curso privado de preparación para el parto (n=12), mod-high risk: GDM identified=5, continuity of care model=6, breech position=4).

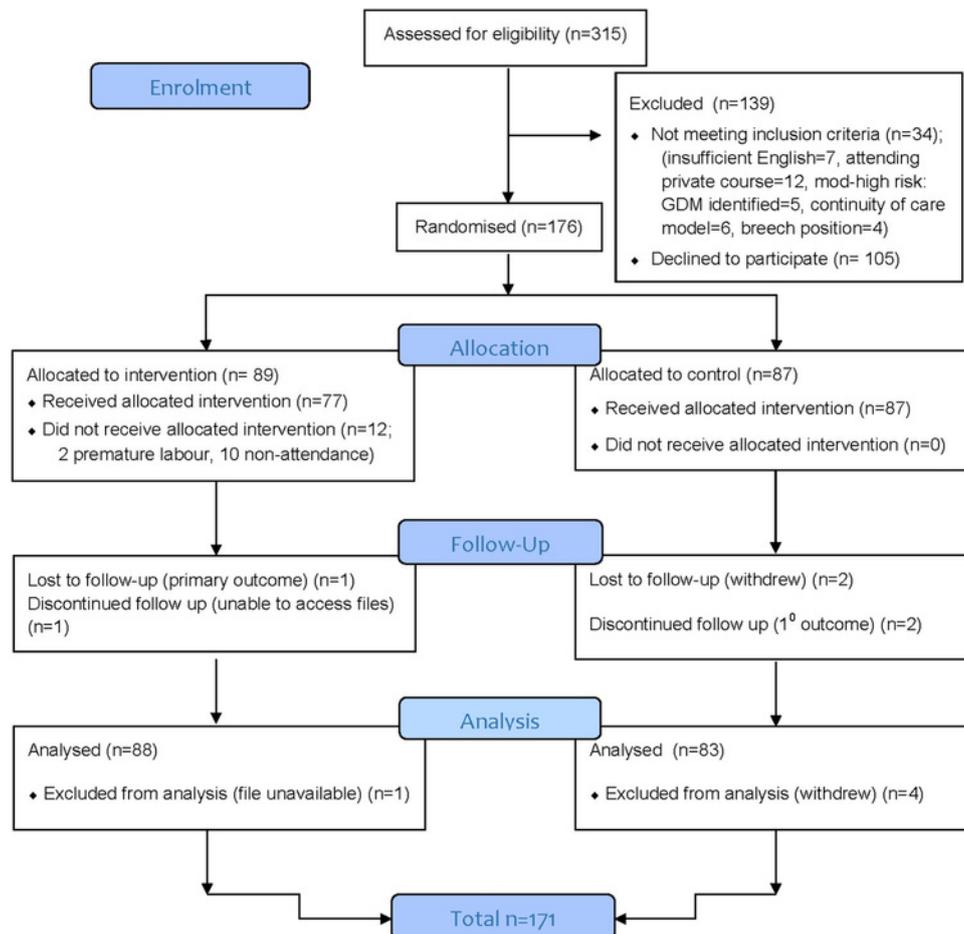


Figura 1 Diagrama de flujo CONSORT del estudio CTLB.

modelo de continuidad de la atención (n=6), diabetes mellitus gestacional (DMG) de riesgo moderado a alto (n=5), presentación podálica (n=4)). En el análisis final, se incluyeron 101 mujeres del sitio 1, 30 mujeres del sitio 2 y 40 mujeres del sitio 3.

Todas las mujeres completaron el formulario de inscripción al ensayo al inicio del estudio, incluida la información demográfica. No todas las mujeres respondieron cada pregunta en el formulario de inscripción al ensayo (tabla 1). Después del nacimiento, la LAS fue completada por 72 de las 88 mujeres (82%) en el grupo de estudio, y 52 de las 83 (62%) mujeres en el grupo de control.

Los participantes en el grupo de intervención no difirieron significativamente de los del grupo de control en términos de edad, índice de masa corporal, antecedentes culturales, nivel de educación, ingresos, estado hospitalario o modelo de atención (tabla 1). Los bebés no eran diferentes en términos de edad gestacional o peso al nacer.

**Resultado primario**

Se encontró una reducción estadística y clínicamente significativa en la tasa epidural para el grupo de intervención en comparación con el grupo de control. La tasa general no ajustada de EDB en el grupo de control fue del 68,7% y del 23,9% en el grupo de estudio (riesgo relativo (RR) = 0,35 (0,23 a 0,52), p<0,0001; tabla 2). Además de la estratificación de la asignación al azar por sitio, se realizó un análisis post hoc para cada sitio. Los RR fueron similares al análisis primario (RR1=0,27 (0,12 a 0,60), RR2=0,31 (0,11 a 0,90),

RR3=0,39 (0,23 a 0,65)). Utilizando un verdadero análisis ITT, examinamos los datos, incluidos los puntos de datos de las cinco mujeres que abandonaron, se retiraron o se perdieron durante el seguimiento. Había cuatro en el grupo de control y uno en el grupo de estudio. Utilizando un escenario del mejor al peor de los casos, incluimos los cinco casos con datos faltantes para el resultado primario. Si las cuatro mujeres del grupo de control no tenían una BDE y la mujer del grupo de estudio sí tenía una BDE (peor de los casos), los resultados aún eran altamente significativos desde el punto de vista estadístico con un RR de 0,40 (IC del 95%: 0,27 a 0,59), p< 0,0001.

**Resultados clínicos secundarios**

Las mujeres en el grupo de estudio tenían más probabilidades de experimentar un parto vaginal normal (NVB) (RR=1,56 (1,12 a 2,17), p<0,01), y tenían menos probabilidades de tener un aumento médico o quirúrgico durante el trabajo de parto (RR=0,54 (IC 95% 0,38 a 0,77), p<0,001), nacimiento por cesárea (RR=0,52 (0,31 a 0,87), p=0,01) o cualquier traumatismo perineal (RR=0,88 (IC 95% 0,7 a 0,98), p =0,02). También encontramos una duración reducida de la segunda etapa del trabajo de parto (diferencia de medias (DM) = -0,32 (IC del 95 %: -0,64 a 0,002), p = 0,05) en el grupo de estudio (tabla 2). Los bebés de mujeres en el grupo de estudio también tuvieron menos probabilidades de necesitar reanimación mediante succión (± oxígeno) o con bolsa y mascarilla (RR=0,47 (IC 95%: 0,25 a 0,87), p=0,015). No hubo diferencias en los raros resultados de la intubación o el masaje cardíaco requerido al nacer. Sólo un bebé en el grupo de estudio requirió intubación. Hubo algunas tendencias no significativas hacia que el grupo de estudio tuviera menos probabilidad de un parto vaginal instrumental (VB) (RR = 0,57 (IC del 95 %: 0,30 a 1,09), p = 0,09) y óxido nitroso (gas) para el tratamiento del dolor ( RR=0,77 (IC 95%: 0,57 a 1,03), p=0,09).

No se encontraron diferencias significativas en las medidas de resultado secundarias de inicio espontáneo del trabajo de parto (RR=1,13 (IC del 95%: 0,82 a 1,57), p=0,51), uso de petidina (RR=1,11 (IC del 95%: 0,65 a 2,2), p= 0,56), tasas de HPP (RR=0,82 (IC 95% 0,41 a 1,61), p=0,85) o traumatismo perineal mayor (desgarro de tercer/cuarto grado o episiotomía; RR=0,94 (IC 95% 0,57 a 1,55), p=0,85). No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de Apgar (RR = 0,99 (IC del 95 %: 0,95 a 1,03), p = 1,0) ni en el ingreso al SCN/UCIN. (RR=0,59 (IC 95%: 0,24 a 1,46), p=0,25).

La duración de la segunda etapa del parto fue de 1 hora para el grupo de estudio y de 1 hora 32 min para el grupo de control, lo que resultó en una DM de 32 min (p=0,05). No hubo diferencias significativas entre los grupos para la primera etapa del parto o la duración total del parto (ver tabla 3). El cuestionario LAS examinó si el curso tuvo algún impacto en las actitudes y sentimientos sobre el nacimiento y los sentimientos de agencia de las mujeres. El LAS fue completado por 72 de las 88 mujeres del grupo de estudio (82%), con una puntuación media de 164,97 (DE=27,06). En el grupo de control, 52 de las 83 mujeres (62%) completaron el formulario y obtuvieron una puntuación promedio de 150,92 (DE=30,03). Encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos para esta puntuación (DM = 14,05; IC del 95%: 3,84 a 24,26, p<0,01).

**Tabla 1** Datos demográficos iniciales de los participantes

Demográficos y características	Grupo de estudio, n=87	Grupo de control, n=85
Edad media (años, ±DE)	30,41 (±4,99)	28,87 (±5,24)
IMC (media±DE)	22,66 (±4,47)	23,35 (±3,93)
Origen cultural	n=79 (%)	n=61 (%)
Caucásico Asiático	58 (73,4)	44 (72,1)
Otros ingresos <60	10 (12,7)	11 (18,0)
60–80k	11 (13,9)	6 (9,9)
80–100k >100k Total	n=78 (%)	n=61 (%)
Educación Secundaria/ universidad	12 (15,4)	12 (19,7)
vocacional/ posgrado	7 (9,0)	10 (16,4)
Estatus hospitalario	17 (21,8)	10 (16,4)
Estatus público	42 (53,5)	29 (47,5)
Estatus privado	78n=81 (%)	61 n=60 (%)
Modelo de atención Partería	24 (29,6)	20 (33,3)
Atención médica compartida	57 (70,4)	40 (66,7)
Atención compartida	n=87 (%)	n=85 (%)
	82 (94,3)	79 (92,9)
	5 (5,7) n=87 (%)	6 (7,1) n=85 (%)
	67 (82,7)	64 (85,3)
	4 (4,9)	7 (9,3)
	10 (12,3)	4 (5,3)

IMC, índice de masa corporal.

**Tabla 2** Medidas de resultados primarias y secundarias no ajustadas

Resultados	Grupo de estudio (n=88) %	Grupo control (n=83) %	Ratio de riesgo
Analgesia epidural Trabajo de parto de inicio espontáneo	21 (23,9)	57 (68,7)	0,35 (0,23 a 0,52) p<0,0001**
Aumento Modo de nacimiento: NVB	62 (70,5)	54 (65,1)	1,13 (0,82 a 1,57) p=0,51
Modo de nacimiento: CS	25 (28,4)	48 (57,8)	0,54 (0,38 a 0,77) p<0,0001**
Modo de nacimiento: instrumental	60 (68,2)	39 (47,0)	1,56 (1,12 a 2,17) p≤0,01**
Óxido nitroso (gas) Petidina	16 (18,2)	27 (32,5)	0,52 (0,31 a 0,87) p=0,017*
Cualquier traumatismo perineal †(trauma/VB)	12 (13,6)	17 (20,5)	0,57 (0,30 a 1,09) p=0,09
Traumatismo perineal mayor †(trauma/VB)	40 (45,5)	49 (59,0)	0,77 (0,57 a 1,03) p=0,092
HPP Reanimación	19 (20,5)	15 (19,3)	1,11 (0,78 a 1,56) p=0,70
(succión± O2/bolsa y mascarilla) Apgar <7 (5 min)	61/72 (84,7)†	54/56 (96,4)†	0,88 (0,78 a 0,98) p=0,02*
ingreso NICU/SCN	49/72 (68,1)†	37/56 (66,1)†	0,94 (0,57 a 1,55) p=0,85
	13 (14,8)	15 (18,1)	0,82 (0,41 a 1,61) p=0,68
	12 (13,6)	24 (28,9)	0,47 (0,25 a 0,87) p=0,015*
	3 (3,4)	4 (4,8)	0,99 (0,95 a 1,03) p=1,0
	7 (8,0)	11 (13,2)	0,59 (0,24 a 1,46) p=0,25

\*<0,05; \*\*<0,01.

† El porcentaje corresponde a todos los partos vaginales: denominador=72 en el grupo de estudio y 56 en el grupo de control. El traumatismo perineal mayor se define como desgarro de tercer o cuarto grado y episiotomía.

CS: cesárea; UCIN, unidad de cuidados intensivos neonatales; HPP, hemorragia posparto; SCN, guardería de cuidados especiales.

Dado que un gran número de mujeres no completaron este formulario, existe la posibilidad de que se informe sesgo en los resultados. Utilizamos la prueba de Levene para la igualdad de varianzas y encontramos que la varianza entre los dos grupos no era significativamente diferente (p = 0,59). Además, hicimos un análisis post hoc para determinar si había diferencias entre el grupo de estudio y el grupo de control para las características iniciales controlando por los que respondieron versus los que no respondieron. No

Se encontraron diferencias entre grupos.

Seis semanas después del nacimiento, los participantes completaron un cuestionario EPDS. Sin embargo, hubo una alta tasa de incumplimiento de este formulario: 27 mujeres en el grupo de estudio y 41 mujeres en el grupo de control no completaron este formulario. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a las 6 semanas de seguimiento para esta cohorte de mujeres (ver tabla 4).

El análisis de los patrones de uso de CM en el parto revela que las mujeres en el grupo de estudio se utilizó una media de 3,94 (DE=1,4) técnicas durante el parto y en el período prenatal.

**Tabla 3** Duración del trabajo de parto

Resultados	Grupo de estudio (n=86) Media (DE)	Grupo control (n=83) Media (DE)	Diferencia estadística DM (IC del 95 %)
Duración del trabajo de parto			Valor p
Primera etapa	6,12 (3,95)	6,53 (3,90)	DM=-0,41( -1,79a0,98) p=0,56
Segunda etapa	1,00 (0,87)	1,32 (0,98)	DM=-0,32 (-0,64 a 0,002) p=0,05*
Duración total del parto	7,43 (4,13)	8,20 (4,37)	DM=-0,77( -2,26a0,72) p=0,31

\*p=0,05

Tabla	Posparto de seis semanas: EPDS		
4	Grupo de estudio	Grupo control	Diferencia de medias
SEPD posnatal	n=61 Media (DE)	n=42 Media (DE)	IC 95% Valor p
EPDS posnatal	4,49 (3,44)	4,07 (3,93)	DM=0,42 (-1,03 a 1,87) p=0,57

EPDS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo; DM: diferencia de medias.

practicaron diversas técnicas para un promedio total de 12,94 (DE=9,7) veces por semana. Las mujeres en el grupo de control no informaron sobre la práctica prenatal de técnicas, pero algunas (<5%) sí informaron haber usado técnicas, como la respiración o la visualización, durante el trabajo de parto. Ninguna técnica de CM individual ni el número de ensayos en el período prenatal se asociaron con una probabilidad reducida de uso de BDE en el grupo de estudio, lo que indica el efecto general del programa.

Para examinar si había alguna preferencia por las terapias utilizadas durante el parto, preguntamos a las mujeres del grupo de estudio (n = 88) qué terapias de CM específicas utilizaron durante el parto. En promedio, las mujeres utilizaron 3,94 (DE=1,4) técnicas durante la duración del trabajo de parto y, en orden de frecuencia de uso, las BB fueron utilizadas con mayor frecuencia por el 60,2% de las mujeres; la visualización fue utilizada por el 55,7%; la acupresión en un 46,6%; yoga y masajes, cada uno realizado por el 45,5% de las mujeres; y los GB fueron utilizados por el 35,2% de mujeres durante el parto.

### DISCUSIÓN Principales hallazgos

El ECA demostró la efectividad del estudio CTLB, basado en el Programa de Educación Antenatal She Births y el protocolo de acupresión para el parto<sup>36</sup> para madres primerizas, al mostrar una reducción absoluta del 45% y una reducción relativa del 63% (RR=0,37, p. <0,001) en la tasa epidural en el grupo de estudio en comparación con los controles. El estudio también mostró mayores tasas de parto vaginal normal sin asistencia quirúrgica o mecánica, y encontró tasas reducidas de aceleración del parto, duración de la segunda etapa del parto, traumatismo perineal, cesárea y necesidad de reanimación del recién nacido. Sin embargo, los resultados univariados para los resultados secundarios deben interpretarse con cautela, ya que es probable que estén relacionados con los resultados primarios de la EDB, que se ha demostrado que media el efecto de estos resultados secundarios.<sup>37,38</sup> Además, cuando las tasas de respuesta Dado que los análisis secundarios son bajos, los resultados deben interpretarse con cautela.

Observamos que las mujeres en el grupo de control experimentaron una tasa más alta que el promedio de uso de BDE, aumento y parto vaginal instrumental, lo cual es consistente con los datos que muestran tasas más altas de intervención para mujeres nulíparas en comparación con mujeres multíparas.<sup>10</sup> Los datos sobre el uso de BDE en este estudio son consistentes con las tasas de

mujeres identificadas como ansiosas.<sup>39 40</sup> Se necesitan más investigaciones para identificar si las mujeres ansiosas tienen más probabilidades de participar en programas de educación prenatal y si estas mujeres pueden beneficiarse más de este tipo de intervención.

La educación prenatal actual ha experimentado un cambio claro hacia la normalización de todos los nacimientos y la preparación de los padres para la paternidad. Sin embargo, parece que en las clases se ha restado importancia a la preparación específica para el parto normal.<sup>41–43</sup> Como anécdota, la mayoría de las mujeres asisten a clases de educación prenatal de rutina, pero no existe literatura actual que proporcione cifras precisas.<sup>44,45</sup> Los resultados del estudio Cochrane La Revisión Sistemática sugiere que, si bien la educación prenatal tiene como objetivo preparar a las mujeres y a sus parejas para el parto y la crianza temprana de los hijos, los estudios hasta la fecha han demostrado una falta de evidencia de alta calidad y una alta variabilidad de las medidas de resultados. Por lo tanto, los efectos de la educación prenatal aún se desconocen en gran medida.<sup>15</sup> Los estudios que exploran el uso de intervenciones de educación prenatal, entrenamiento de atención plena prenatal y entrenamiento de autohipnosis no han logrado demostrar ninguna reducción en el uso de analgesia durante el embarazo.

trabajo de parto y nacimiento o en las tasas de CS.<sup>15 46–51</sup> Algunos comentaristas sugieren que el impacto de la educación prenatal en la atención de rutina puede, de hecho, estar reforzando el manejo médico del parto y el nacimiento y, por lo tanto, no aborda las crecientes tasas de alivio médico del dolor y las complicaciones asociadas.<sup>7 41 43 52 53</sup> En este estudio evaluamos si las mujeres del grupo control utilizaron técnicas de CM, como demostración de cruce. Sin embargo, <5% de las mujeres informaron haber usado estas técnicas durante el trabajo de parto, y es poco probable que esto se introduzca. ducir cualquier contaminación a los resultados.

En este estudio, enfatizamos la importancia de reorientar el concepto de parto normal utilizando un marco de educación prenatal y una variedad de técnicas integradoras de CM basadas en evidencia para ayudar a las mujeres a manejar el dolor durante el trabajo de parto y el parto. Una de las preocupaciones expresadas recientemente sobre el uso de posiciones de nacimiento alternativas, como posturas de yoga y posiciones erguidas, es el potencial de un mayor riesgo de traumatismo perineal.<sup>54</sup> Los datos de nuestra investigación mostraron una reducción estadísticamente significativa del trauma perineal en las mujeres. Entre aquellas mujeres que tuvieron parto vaginal, el 84,7% del grupo de estudio en comparación con el 96,4% del grupo control sufrió algún tipo de traumatismo perineal durante el parto (RR=0,88, p=0,02). Las técnicas se ensayaron en el período prenatal con algunas técnicas de acupresión para inducción practicadas ligeramente a partir de las 37 semanas según la literatura publicada.<sup>36</sup> Se informa que esto funciona con las hormonas que están naturalmente presentes en el cuerpo de la mujer, pero que no inducen contracciones artificialmente. Este es un resultado de seguridad importante y no hubo diferencias en el embarazo. edad al nacer.

El estudio proporciona evidencia de que la educación prenatal que integra técnicas de MC es un método eficaz y viable para controlar el dolor, disminuir las intervenciones médicas y aumentar el control personal de las mujeres. Estos

Los resultados clínicos y estadísticamente significativos son importantes para establecer una base de evidencia para el uso y la efectividad de los programas de educación prenatal que incorporan técnicas de MC para el manejo del dolor durante el parto como complemento a la educación para padres ofrecida como atención habitual. Este programa tiene el potencial de proporcionar un método rentable para la educación prenatal. Se realizará un análisis económico y de costos de este programa, que se informará en otro lugar, lo que proporcionará una medida del beneficio relativo de los resultados ahorrados. Reorientar las clases de educación prenatal hacia el apoyo al parto normal y proporcionar técnicas para ayudar a las mujeres a controlar el dolor es una contribución importante para reducir las intervenciones en el parto y el nacimiento.

### Interpretación

Nuestro estudio ayuda a abordar la cuestión de si la educación prenatal utilizando técnicas de MC es efectiva para reducir las tasas de EDB en madres primerizas. Este hallazgo de resultado primario y otros hallazgos secundarios, aumento de los partos vaginales normales y reducción del aumento, trauma perineal y cesárea, respaldan parte de la literatura sobre MC que muestra una reducción en las tasas de alivio farmacológico del dolor y algunas intervenciones durante el parto.<sup>22-24-26</sup> Estos hallazgos contrastan con la literatura sobre educación de padres, hipnosis y psicoprofilaxis para la reducción de la EDB durante el parto.<sup>15-46-49-51-55-57</sup> El resultado del aumento de la actitud positiva hacia el nacimiento en el período prenatal y el aumento de los sentimientos de influencia durante el trabajo de parto y el nacimiento respaldan la literatura sobre educación prenatal.<sup>15-16-41-48-55</sup> El hallazgo de que ninguna técnica individual se asoció con tasas reducidas de EDB resalta el concepto de que estas técnicas forman un "conjunto de herramientas" de técnicas, y representan un enfoque holístico general hacia el trabajo de parto y el nacimiento. La combinación de técnicas de parto activo con técnicas de relajación es exclusiva de este programa.

Para este estudio se utilizó la medida de resultado primaria de la EDB en lugar de las puntuaciones de dolor que se utilizan con frecuencia en otros estudios de CM.<sup>22</sup> La medida objetiva de la EDB se ha identificado como un factor mediador y se ha demostrado que influye en las intervenciones de parto y el modo de nacimiento, lo que se describe en la literatura como la cascada de intervenciones.<sup>7-8-10-38-58</sup> La literatura destaca el mecanismo por el cual una intervención inicial durante el trabajo de parto desencadena intervenciones posteriores para controlar los efectos de la intervención anterior. Se ha demostrado que la BDE media este efecto y está asociada con resultados como el aumento durante el trabajo de parto, el parto vaginal instrumental y la cesárea.<sup>37</sup> Este estudio demuestra un impacto en las tasas de BDE, así como en las tasas de aumento, trauma perineal y cesárea, y por lo tanto puede tener un efecto en la cascada de intervenciones. Por lo tanto, se requiere precaución al interpretar las secciones medidas de resultado secundarias.

Sigue siendo importante que los métodos utilizados durante el parto sean adecuados para las necesidades individuales de las mujeres y circunstancias, y también tiene en cuenta las condiciones que pueden surgir en la mujer o el bebé durante el trabajo de parto.<sup>20</sup> Este estudio demuestra la capacidad de un novedoso programa integrador de educación prenatal que utiliza técnicas de MC para reducir las intervenciones en el trabajo de parto normal.

### Investigación futura

Las iniciativas políticas que apoyan el parto normal requieren soluciones novedosas, y este estudio proporciona buena evidencia para tal iniciativa, incluido el potencial para una revisión de la práctica clínica en educación prenatal. Las investigaciones futuras sobre servicios de salud deberían incluir la traducción de los resultados del estudio a la práctica clínica, involucrando un análisis de costo-efectividad a priori, explorando las opiniones de las partes interesadas clave sobre el cambio de práctica y realizando un estudio internacional multicéntrico para evaluar el impacto del estudio en un contexto más amplio y más allá de Australia. Este artículo informa sobre la primera implementación de este programa de educación prenatal y evalúa la viabilidad de su realización. Buscamos establecer un ensayo más amplio en un entorno nacional e internacional más amplio mediante el cual se puedan abordar cuestiones de implementación y generalización. Como primera etapa, estos resultados son prometedores y se justifica realizar más investigaciones.

### CONCLUSIÓN

El aumento de las tasas de intervención en el parto y el nacimiento debe abordarse como una cuestión prioritaria, como lo señalan las revisiones de los servicios de maternidad<sup>3-11</sup> y los informes internacionales.<sup>1-2</sup> El elevado uso de BDE para aliviar el dolor durante el parto se ha identificado como un factor que contribuye a las tasas crecientes de intervenciones, incluida la CS.<sup>4-6-8-20</sup> Este estudio destaca la eficacia de un novedoso enfoque integrado de educación prenatal, que incorpora técnicas de MC basadas en evidencia para reducir las tasas de EDB y conduce a una reducción de otras intervenciones en el trabajo de parto y nacimiento, incluido CS. Este programa es novedoso en su enfoque y constituye un conjunto de herramientas único para que las mujeres y sus parejas lo utilicen en su trabajo de parto y nacimiento.

La reorientación de la educación prenatal y la promoción del nacimiento como un evento fisiológico normal es fundamental si queremos reducir las intervenciones en el parto. Este cambio requiere educación y apoyo para ayudar a las mujeres a manejar los desafíos que enfrentan durante el trabajo de parto y el parto. Los resultados de este estudio demuestran la eficacia potencial de la TC durante el trabajo de parto y el nacimiento al proporcionar un enfoque de atención integrado, individualizado, basado en evidencia y centrado en la mujer, que reduce las intervenciones médicas y morbilidad en el parto.

[Siga en Twitter a Kate Levett en @LevettKate. Reconocimientos She Births proporcionó antecedentes de propiedad intelectual.](#)

incluyendo concepto, materiales del curso y capacitación. Cinco de las seis técnicas de CM utilizadas formaron parte del programa She Births (Nadine Richardson es fundadora del Programa de Educación Prenatal She Births e: [nadine@shebirths.com](mailto:nadine@shebirths.com) p: +61 412 47 22 47). La Dra. Debra Betts proporcionó el protocolo de acupresión para el parto y el nacimiento. Ninguno de los dos participó directamente en este estudio. Paul Fahey proporcionó todo el apoyo estadístico. Los autores agradecen a

a todas las mujeres, parejas y parteras que participaron en este ensayo, y al personal administrativo y de partería de los dos hospitales 'H' y 'N' que hicieron una contribución significativa a la realización del estudio, en particular a Julia Wood y Hanni Witt. .

**Contribuyentes KML, como estudiante de doctorado, fue el principal contribuyente al**

desarrollo y diseño del estudio, realización del estudio y redacción del manuscrito. CAS fue el supervisor principal y HGD fue el segundo supervisor, y cada uno ayudó con el diseño de la investigación, la revisión de los datos y los borradores del manuscrito. AB es el tercer supervisor y ayudó con el diseño de la investigación y la revisión del manuscrito.

**Financiamiento Este artículo presenta una investigación independiente y el investigador es**

financiado por un premio australiano de posgrado y un estipendio de posgrado de la Western Sydney University (WSU). El Instituto Nacional de Medicina Complementaria (NICM) de WSU brindó apoyo adicional en forma de fondos RTS.

**Intereses en competencia Ninguno declarado.**

**Aprobación de ética El estudio fue aprobado por el comité de ética de WSU.** (H9579), comité de ética del Distrito de Salud Local del Norte de Sydney (NSLHD) (1111-476M, NEAF: HREC/11/H/268) y cuenta con la aprobación específica del sitio del comité de ética del LHD del Oeste de Sydney (WSLDH) (SSA/12/ N/58), y fue registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Australia y Nueva Zelanda (ANZCTR) el 27 de octubre.

**Procedencia y revisión por pares No encargado; Revisado externamente por pares.**

**Declaración de intercambio de datos Es posible que haya datos adicionales disponibles previa solicitud enviando un correo electrónico a** [K.Levett@westernsydney.edu.au](mailto:K.Levett@westernsydney.edu.au).

**Acceso Abierto Este es un artículo de Acceso Abierto distribuido de acuerdo con la licencia Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0), que permite a otros distribuir, remezclar, adaptar y desarrollar este trabajo de forma no comercial.**

comercialmente y otorgar licencias sobre sus obras derivadas en términos diferentes, siempre que la obra original esté debidamente citada y el uso no sea comercial. Ver: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

## REFERENCIA

1. Gibbons L, Belzán JM, Lauer JA, et al. Las cifras y costos globales de las cesáreas adicionales necesarias e innecesarias realizadas por año: el uso excesivo como barrera para la cobertura universal. *Representante Mundial de la Salud* 2010;30:1–31.
2. OMS. Las cesáreas sólo deben realizarse cuando sea médicamente necesario. Resumen ejecutivo. En: OMS, ed. Ginebra: OMS, 2015:8.
3. Bryant R. Mejora de los servicios de maternidad en Australia: informe de la revisión de los servicios de maternidad. En: Australia Co, ed. Canberra: Commonwealth de Australia, 2009.
4. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus no epidural o ninguna analgesia en el trabajo de parto. Sistema de base de datos Cochrane Rev 2011(12): CD000331.
5. King T. Anestesia epidural en beneficios versus riesgos laborales. *J Nurse Midwifery* 1997;42:377–88.
6. Dahlen HG, Schmied V, Dennis CL, et al. Tasas de intervención obstétrica durante el parto y resultados maternos y perinatales seleccionados para mujeres de bajo riesgo nacidas en Australia en comparación con las nacidas en el extranjero. *BMC Embarazo Parto* 2013;13:100.
7. Verde JM, Bastón HA. ¿Las mujeres están más dispuestas a aceptar intervenciones obstétricas? ¿Se relaciona esto con el modo de parto? Datos de un estudio prospectivo. *Nacimiento* 2007;34:6–13.
8. Roberts CL, Tracy S, Peat B. Tasas de intervención obstétrica entre pacientes públicas y privadas en Australia: estudio descriptivo de base poblacional. *BMJ* 2000;321:137–41.
9. Centro de Epidemiología y Evidencia. Madres y bebés de Nueva Gales del Sur 2010. En: Evidence CfEa, ed. Sydney: Ministerio de Salud de Nueva Gales del Sur, 2012.
10. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, et al. Tasas de intervención obstétrica entre mujeres de bajo riesgo que dan a luz en hospitales públicos y privados de Nueva Gales del Sur: un estudio descriptivo de base poblacional. *Abierto BMJ* 2012;2:pii: e001723. Departamento de Salud de Nueva Gales del Sur. Maternidad: hacia un parto normal en Nueva Gales del Sur. En: Salud N, ed. Directiva de política. Sydney: NSW Health, 2010. Zwelling E. La historia de Lamaze continúa: una entrevista con Elisabeth Bing. *J Perinat Educ* 2000;9:15–21.
11. Zwelling E. Por el camino de la memoria: recuerdos de los primeros 50 años de Lamaze International. *J Perinat Educ* 2010;19:11–16. Svennson J, Barclay L, Cooke M. Educación prenatal eficaz: estrategias recomendadas por los futuros padres y los nuevos padres. *J Perinat Educ* 2008;17:33–42.
12. Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal individual o grupal para el parto o la paternidad, o ambos. Sistema de base de datos Cochrane Rev 2007 (3):CD0028 69.
13. Jaddo VW. Programas de educación prenatal: ¿funcionan? *Lanceta* 2009;374:863–4.
14. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, et al. Terapias complementarias y alternativas para el manejo del dolor en el parto. Sistema de base de datos Cochrane Rev 2006(4):CD003521.
15. Instituto Nacional de Salud. Centro nacional de salud complementaria e integradora. En: NIH, ed. NCCIH. Bethesda, MA: NIH, Centro Nacional, 2015.
16. Steel A, Adams J, Sibbritt D, et al. La influencia del uso de medicina complementaria y alternativa durante el embarazo en las opciones de manejo del dolor del parto: resultados de una muestra representativa a nivel nacional de 1.835 mujeres. *J Altern Complement Med* 2014;20: 87–97.
17. Jones L, Othman M, Dowsell T, et al. Manejo del dolor para mujeres en trabajo de parto: una descripción general de revisiones sistemáticas. Sistema de base de datos Cochrane Rev 2012;3:CD009234.
18. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Desarrollo y evaluación de intervenciones complejas: la nueva guía del Consejo de Investigación Médica. *BMJ* 2008;337:a1655.
19. Levett KM, Smith CA, Dahlen HG, et al. Acupuntura y acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto y el nacimiento: una revisión narrativa crítica de la evidencia de la revisión sistemática actual. *Complemento Ther Med* 2014;22:523–40.
20. Betts D. Técnicas de acupresión para su uso durante el parto y el embarazo. Soluciones de parto en línea. (consultado en 2015, 2005).
21. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, et al. Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor en el parto. Base de datos Cochrane *Revisión del sistema* 2011;(7):CD009232.
22. Smith CA, Levett KM, Collins CT, et al. Técnicas de relajación para el manejo del dolor en el parto. Sistema de base de datos Cochrane Rev 2011; (12):CD009 514.
23. Smith CA, Levett KM, Collins CT, et al. Masajes, reflexología y otros métodos manuales para el manejo del dolor en el parto. Sistema de base de datos Cochrane Rev 2012;(2):CD009290.
24. Leap N, Dodwell M, Newburn M. Trabajar con dolor durante el parto. Una visión general de la evidencia. Nuevo resumen 2010;49:22–6.
25. Field T. Revisión de la investigación clínica del yoga. *Complemente Ther Clin Pract* 2011;17:1–8.
26. Copstick SM, Taylor KE, Hayes R, et al. Apoyo de la pareja y uso de técnicas de afrontamiento en el parto. *J Psychosom Res* 1986;30:497–503.
27. Leap N, Sandall J, Buckland S, et al. Viaje a la confianza: experiencias de dolor en el parto de las mujeres y la continuidad relacional de cuidado. *J Midwifery Women Health* 2010;55:234–42.
28. May C, Fletcher R. Preparando a los padres para la transición a la paternidad: recomendaciones para el contenido de la educación prenatal. *Partería* 2013;29:474–8.
29. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detección de depresión posparto. Desarrollo de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo de 10 ítems. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–6.
30. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. La escala de agencia laboral: propiedades psicométricas de un instrumento que mide el control durante el parto. *Res Nurs Health* 1987;10:301–10.
31. Li Z, Zeki R, Hilder L, et al. Madres y bebés de Australia 2011. En: AIHW, ed. Serie de estadísticas perinatales núm. 28. Gato. No. POR 59.
32. Canberra: Unidad Nacional de Estadísticas y Epidemiología Perinatal de AIHW, 2013.
33. Fewtrell MS, Kennedy K, Singhal A, et al. ¿Cuánta pérdida durante el seguimiento es aceptable en ensayos aleatorios a largo plazo y estudios prospectivos? *Arch Dis Child* 2008;93:458–61.
34. Betts D. El uso de la acupuntura como tratamiento prenatal de rutina. *J Chin Med Hoof* 2004;5–8.
35. Rossignol M, Chaillet N, Boughrassa F, et al. Interrelaciones entre cuatro intervenciones obstétricas antes del parto y el parto por cesárea en mujeres de bajo riesgo: una revisión sistemática y modelado de la cascada de intervenciones. *Nacimiento* 2014;41:70–8.
36. Tracy SK, Tracy MB. Costeo de la cascada: estimación del costo de una mayor intervención obstétrica en el parto utilizando datos de población. *BJOG* 2003;110:717–24.
37. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, et al. Resultado obstétrico después de la intervención por miedo severo al parto en mujeres nulíparas: ensayo aleatorio. *BJOG* 2013;120:75–84.

KM et al. Abierto 2016 6:e010691. doi:10.1136/bmjopen-2015-eliminado BMJ ; 010691

S,



40. Sjögren B, Thomassen P. Resultado obstétrico en 100 mujeres con ansiedad severa por el parto. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:948-52.
41. Ferguson S, Davis D, Browne J. ¿La educación prenatal afecta el parto y el nacimiento? Una revisión estructurada de la literatura. *Nacimiento de mujeres* 2013;26:e5-8.
42. Murphy Tighe S. Una exploración de las actitudes de los asistentes y no asistentes hacia la educación prenatal. *Partería* 2010;26:294-303.
43. Walker DS, Visger JM, Rossie D. Educación contemporánea sobre el parto modelos. *J Midwifery Women Health* 2009;54:469-76.
44. Lumley J, Brown S. Asistentes y no asistentes a clases de educación sobre el parto en Australia: ¿en qué se diferencian ellos y sus nacimientos? *Nacimiento* 1993;20:123-30.
45. Bennett C, Shearman R. Servicios de maternidad en Nueva Gales del Sur: el parto avanza hacia el siglo XXI. *Med J Aust* 1989;150:673-6.
46. Downe S, Finlayson K, Melvin C, et al. Autohipnosis para el manejo del dolor intraparto en mujeres embarazadas nulíparas: un ensayo controlado aleatorio de eficacia clínica. *BJOG* 2015;122:1226-34.
47. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Parto natural versus educación prenatal. *Parteras* 2009;12:21.
48. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, et al. Efectividad de un estudio piloto de educación sobre el parto basado en la atención plena sobre la autoeficacia materna y el miedo al parto. *J Midwifery Women Health* 2014;59:192-7.
49. Cyna AM, Crowther CA, Robinson JS, et al. Entrenamiento prenatal con hipnosis para el parto: un ensayo controlado aleatorio. *BJOG* 2013;120:1248-59; discusión 1256-7.
50. Koehn ML. Resultados de la educación sobre el parto: una revisión integradora de la literatura. *J Perinat Educ* 2002;11:10-19.
51. Madden K, Middleton P, Cyna AM, et al. Hipnosis para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y el parto. Sistema de base de datos Cochrane Rev 2016;(5):CD009356.
52. Lothian JA. Escuchando a las madres II: conocimiento, toma de decisiones y asistencia a clases de educación sobre el parto. *J Perinat Educ* 2007;16:62-7.
53. Lothian JA. La educación prenatal en la encrucijada. *J Perinat Educ* 2008;17:45-9.
54. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición femenina durante la segunda etapa del trabajo de parto. Revisión del sistema de base de datos Cochrane 2004;(1):CD002006.
55. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Efectos de la preparación natural para el parto versus la educación prenatal estándar sobre las tasas epidurales, la experiencia del parto y el estrés de los padres en madres y padres: un ensayo multicéntrico controlado aleatorio. *BJOG* 2009;116:1167-76.
56. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Un ensayo multicéntrico controlado aleatorio sobre la satisfacción de mujeres y hombres con dos modelos de educación prenatal. *Partería* 2011;27: e195-200.
57. Cyna AM, McAuliffe GL, Andrew MI. Hipnosis para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y el parto: una revisión sistemática. *H. J. Anaesth* 2004;93:505-11.
58. Tracy SK, Sullivan E, Wang YA, et al. Resultados del parto asociados con intervenciones en el parto entre mujeres de bajo riesgo: un estudio poblacional. *Nacimiento de mujeres* 2007;20:41-8.

# Terapias complementarias para el trabajo de parto y el estudio del nacimiento: un ensayo controlado aleatorio de medicina integradora prenatal para el manejo del dolor en el parto

Kate M Levett, CA Smith, A Bensoussan y HG Dahlen

Abierto BMJ 2016 6:  
doi: [10.1136/bmjopen-2015-010691](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010691)

---

La información y los servicios actualizados se pueden encontrar en:  
<http://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e010691>

---

## Referencias

*Éstas incluyen:*

Este artículo cita 42 artículos, 5 de los cuales puedes acceder gratuitamente en:

<http://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e010691#BIBL>

## Acceso

## Abierto

Este es un artículo de acceso abierto distribuido de acuerdo con la licencia Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0), que permite a otros distribuir, remezclar, adaptar, desarrollar este trabajo de manera no comercial y licenciar sus trabajos derivados en diferentes términos, siempre que la obra original esté debidamente citada y el uso no sea comercial. Ver: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>  
Reciba alertas gratuitas por correo electrónico cuando nuevos artículos citen este artículo. Regístrese en el cuadro en la esquina superior derecha del artículo en línea.

## Servicio de alerta por correo electrónico

## Colecciones de temas

Se pueden encontrar artículos sobre temas similares en las siguientes colecciones.

[Medicina complementaria \(111\)](#) [Práctica basada en la evidencia \(525\)](#) [Obgyn \(263\)](#)

---

## Notas

---

Para solicitar permisos vaya a:  
<http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>

Para solicitar reimpresiones, vaya a:  
<http://journals.bmj.com/cgi/reprintform>

Para suscribirse a BMJ vaya a:  
<http://group.bmj.com/subscribe/>