

Efectividad de la auriculoterapia sobre la ansiedad en el trabajo de parto: ensayo clínico aleatorio¹

Reginaldo Roque Mafetoni²
Mariana Haddad Rodrigues³
Lia Maristela da Silva Jacob⁴
Antonieta Keiko Kakuda Shimo⁵

Objetivo: evaluar la efectividad de la auriculoterapia sobre la ansiedad de mujeres durante el trabajo de parto. Método: se trata un ensayo clínico aleatorio, paralelo y triple ciego. Fueron seleccionadas 102 parturientas con edad gestacional ≥ 37 semanas, dilatación cervical ≥ 4 cm y dos o más contracciones en 10 min. Las participantes fueron divididas aleatoriamente en tres grupos, para recibir auriculoterapia, placebo o control (cuidados de rutina). La auriculoterapia fue aplicada con microesferas de cristales en los puntos *shenmen*, *útero*, *área de neurastenia* y *endocrino*, y la ansiedad fue evaluada con la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A). Los análisis fueron realizados por medio de las pruebas: Kruskal-Wallis, *Generalized estimating equations*, Chi-cuadrado y exacta de Fisher. Resultados: los grupos no mostraron diferencia significativa por la HAM-A en la admisión del estudio. Después de la intervención, con 120 min hubo aumento significativo en las puntuaciones de la HAM-A en el grupo placebo versus auriculoterapia (diferencia media (DE) 3,62, intervalo de confianza (IC) 0,42-6,81, $p=0,0265$) y control versus auriculoterapia (DE 4,88, IC 1,87-7,88, $p=0,0015$). Conclusión: las parturientas con auriculoterapia presentaron menor nivel de ansiedad por medio de la puntuación de la HAM-A después del tratamiento cuando comparadas a las mujeres de los otros grupos; lo que puede tornarse un cuidado alternativo en la práctica de obstetricia. Registro: n. RBR-47hbj.

Descriptores: Auriculoterapia; Acupuntura Auricular; Terapias Complementarias; Trabajo de Parto; Enfermería Obstétrica; Ansiedad.

¹ Artículo parte de tesis de doctorado "Effects of auriculotherapy on labor: randomized clinical trial", presentada en la Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Paulista, Campinas, SP, Brasil.

³ PhD, Enfermera, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil.

⁴ Estudiante de doctorado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Profesor Asistente, Faculdade de Jaguariúna, Centro Universitário de Jaguariúna, Jaguariúna, SP, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Mafetoni RR, Rodrigues MH, Jacob LMS, Shimo AKK. Effectiveness of auriculotherapy on anxiety during labor: a randomized clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3030 [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2471.3030>. mes día año

URL

Introducción

La ansiedad es un síntoma común enfrentado por mujeres durante el trabajo de parto (TP), frecuentemente relacionado a la ausencia de informaciones sobre la gestación y parto durante el prenatal o puede provenir de una situación nueva y desconocida, como el primer parto para la nulípara⁽¹⁾. Los trastornos de ansiedad y la angustia vivida por mujeres en la gestación también pueden estar relacionados a la depresión posparto, parto prematuro, cesárea y dificultades de creación de la prole⁽²⁾. Sin embargo, existen evidencias de que la educación en el prenatal y las orientaciones sobre las alteraciones fisiológicas de la gestación y el proceso del parto pueden resultar en menos estrés/ansiedad de la mujer y reducción de las intervenciones durante el parto^(1,3-4).

En la ansiedad existe una percepción de daño o amenaza que puede producir sentimientos de preocupación y temor relativos a la posibilidad de la existencia de perjuicios de naturaleza física o psicológica. Esto es acompañado por cambios físicos y comportamientos semejantes, que causan miedo⁽⁵⁾. Así, la ansiedad es una combinación de las emociones de preocupación y miedo. Para la medicina tradicional china (MTC), la ansiedad puede ser explicada por la deficiencia de sustancias denominadas *xue* o de *yin* (energía que produce el frío), o por patrones de desarmonía de las energías del tipo exceso de calor (energía *yan*), o ambas al mismo tiempo⁽⁶⁾.

Actualmente, existen algunas Prácticas Integradoras y Complementarias (PIC) utilizadas en el alivio del dolor y de la ansiedad en el TP⁽⁷⁻⁸⁾. Esas terapias son conducidas de formas menos invasivas y con bajo costo, lo que pueden aumentar el confort y promover la evolución fisiológica del parto; sin embargo, algunos sesgos en los estudios limitan la utilización en la práctica.

La auriculoterapia o acupuntura auricular es una modalidad de la MTC que utiliza puntos reflejos del pabellón auricular sobre el sistema nervioso central en el tratamiento de varios trastornos del cuerpo, por medio de estímulo por agujas, presión con semillas o microesferas⁽⁹⁾.

El estímulo en puntos de la auriculoterapia para el tratamiento de la ansiedad fue evaluado en algunos estudios. Un estudio⁽¹⁰⁾ realizado con profesionales de la salud asoció el uso de esa terapia a la significativa reducción de la ansiedad, *burnout* estrés traumático; habiéndose observado aumentos significativos de coraje y paciencia de esos profesionales. Otro estudio⁽¹¹⁾ mostró reducción en el grado de ansiedad de 20,97%

en estudiantes de enfermería, después de estímulo con agujas semipermanentes en los puntos *shenmen* y tronco cerebral.

El mapa auricular chino posee algunos puntos descritos para tratar la ansiedad⁽¹¹⁻¹²⁾, distocias obstétricas, inducción y dolor del TP⁽¹³⁾ y pueden ser un cuidado complementario en la asistencia al parto. Sin embargo, la escasez de evidencias y estudios de la auriculoterapia, en mujeres durante el TP, limita el conocimiento de los profesionales y el poder establecer esa terapia en la práctica obstétrica. En este contexto, el presente estudio tuvo por objetivo evaluar la efectividad de la auriculoterapia sobre el grado de ansiedad de mujeres durante el trabajo de parto.

Método

Se trata de un ensayo clínico aleatorio (ECA), paralelo y de carácter pragmático⁽¹⁴⁾, realizado de abril de 2015 a junio de 2016. Participaron 102 parturientas admitidas en un hospital público universitario del Estado de Sao Paulo, en Brasil. Fueron incluidas embarazadas de cualquier edad o paridad, a partir de 37 semanas de gestación, en TP espontáneo, inducido y/o conducido, con dos o más contracciones en 10 minutos, dilatación ≥ 4 cm, piel íntegra en el pabellón auricular y cuyo feto estuviese vivo y con buenas condiciones de vitalidad. Fueron excluidos los casos con dilatación ≥ 7 cm, preeclampsia grave, cesárea anterior, indicación inmediata de cesárea y uso de medicamento analgésico hace menos de seis horas de la admisión en el estudio.

El tamaño de la muestra fue estimado considerando el método propuesto para un modelo de ANOVA, una vez que esas variables son cuantitativas y en este estudio son comparados tres grupos. Las estimativas de las medias de las variables para cada uno de los grupos y la desviación estándar del cuadrado medio del error del modelo tuvo por base dos estudios previos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾; los que evaluaron los efectos de la acupresión en el punto de acupuntura *Sanyinjiao* sobre el dolor y el tiempo de TP. Para los cálculos fue adoptado un nivel de significación igual a 5% y un poder de test de 80%. El cálculo resultó en una muestra de 17 individuos por grupo para la variable de intensidad de dolor y una muestra de 33 individuos por grupo para la variable duración del TP. Hay que considerar que este ECR hace parte de un estudio mayor, que evaluó otros parámetros de interés. El cálculo resultó en una muestra total de 99 individuos, el mayor valor encontrado.

La secuencia de asignación fue definida para 102 participantes, tres a más de lo calculado en el

muestreo, previendo pérdidas; para esto fueron usados sobres opacos, sellados y numerados secuencialmente y generados por el *site*: <http://www.randomization.com> por un profesional estadístico, no integrante del estudio. Los sobres abiertos por el investigador principal después de la inclusión de la parturienta en el estudio, en la presencia de dos colaboradores de la unidad, que no participaban del equipo de evaluación o de la asistencia directa a las parturientas del estudio. Los tres grupos fueron designados: grupo de intervención (GI) con microesferas de cristales pulidos con 1,5 mm; grupo placebo (GP) con microesferas de vidrio, semejante a las de cristal; y grupo control (GC) sin intervención. El estudio utilizó el método triple ciego para: las parturientas del GI, GP, los evaluadores, los profesionales que prestaban asistencia en la unidad obstétrica y el profesional estadístico, estos no sabían a qué grupo cada participante pertenecía. No fue posible cegar las participantes, los evaluadores, ni los profesionales sobre el GC en cuanto al tratamiento, debido a las características propias del estudio.

Para evaluar el nivel de ansiedad de las parturientas se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Rating Scale - HAM-A, 1959*)⁽¹⁷⁾ que comprende 14 ítems distribuidos en dos grupos, siendo el primer grupo (siete ítems) relacionado a síntomas de humor ansioso, y el segundo grupo (también siete ítems) relacionado a síntomas físicos de ansiedad. Entre las escalas de humor utilizadas mundialmente - traducidas y adaptadas para la realidad brasileña en lo que se refiere a la ansiedad - la escala de Hamilton para Ansiedad presenta fácil aplicabilidad y confiabilidad⁽¹⁸⁾. A pesar de que existen otras escalas para evaluación de la ansiedad, muchas de ellas fueron construidas como modificaciones a partir del instrumento propuesto por Hamilton. La HAM-A, desde su publicación (1959), es utilizada mundialmente en diversos estudios para fines clínicos y académicos⁽¹⁹⁾. El puntaje total es obtenido por la suma de los valores (graduación) atribuidos en todos los 14 ítems de la escala. Los grados de ansiedad, según la HAM-A son: Ninguno = 0; Leve = 1; Medio = 2; Fuerte = 3; y Máximo = 4. La suma de los puntajes obtenidos en cada ítem resulta en un puntaje total, que varía de 0 a 56. Ese puntaje debe ser clasificado de acuerdo con los siguientes intervalos: 0 (cero) ausencia de ansiedad; 1 (uno) a 17 puntos, ansiedad leve; 18 a 24 puntos, ansiedad moderada; 25 a 56 puntos, ansiedad severa o intensa.

Para la recogida de datos sociodemográficos y clínicos, fue elaborado un instrumento sometido al análisis de validez de contenido realizado por cinco jueces con experiencia en el área de obstetricia y/o en MTC.

El equipo de evaluación fue formado por cinco colaboradores del equipo de enfermería de la unidad

obstétrica, los que fueron instruidos acerca de los objetivos de este estudio, entrenados previamente para la recogida de datos y uso de la HAM-A en la admisión del estudio y 120 minutos después del tratamiento. Las parturientas fueron abordadas en las salas de parto del centro obstétrico, evaluadas en cuanto a la elegibilidad, convidadas a participar del estudio y posteriormente asignadas por orden de sorteo al grupo y acompañadas por el equipo de evaluadores hasta el día siguiente del parto, momento en que fueron retiradas las microesferas. El investigador principal fue responsable en aplicar la auriculoterapia en el GI y GP (puntos *sham*); siendo que este pasó por entrenamiento de la técnica en dos cursos de corta duración, totalizando 64 horas.

Para el GI fueron utilizados los siguientes puntos de la auriculoterapia: i) *shenmen*, que predispone el tronco cerebral y el córtex a recibir, condicionar y codificar los reflejos auriculares, teniendo efectos sedativos, analgésicos; ii) *útero*, que es indicado en las alteraciones ginecológicas y obstétricas, en la inducción del parto o reducción del período expulsivo y en la reducción del dolor en el posparto; iii) *área de neurastenia*, indicado para el tratamiento de la ansiedad; iv) *endocrino*, que regula las funciones de las glándulas de secreción endógenas, siendo usado en disturbios ginecológicos⁽¹¹⁻¹³⁾. En el GP fueron utilizados los puntos *sham* (no indicados para el tratamiento propuesto): *tobillo*, *rodilla*, *diente* y *mandíbula*, ilustrados en la Figura 1.

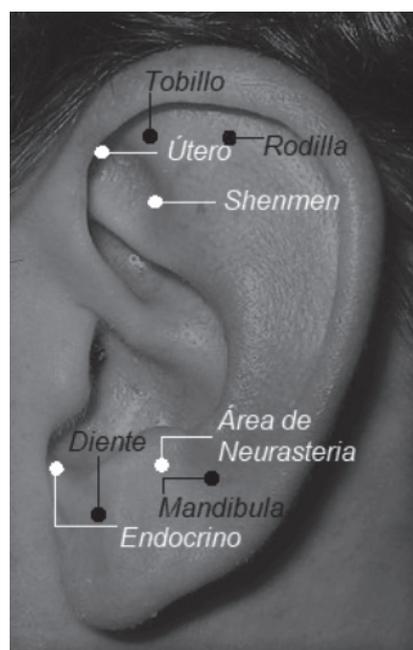


Figura 1. Localización de los puntos auriculares utilizados en el estudio. Campinas, SP, Brasil, 2016

Fue realizada antisepsia previamente, con alcohol etílico 70%, en el pabellón auricular; los puntos fueron

investigados con presión ejercida por la sonda de puntos y definidos próximos a la topografía indicada en el "mapa de puntos" más doloroso al toque. A medida que se localizaba el punto, era fijado, con adhesivo, el cristal en las parturientas del GI y presionados individualmente por un minuto o hasta causar un dolor soportable para inducir el estímulo. En el GP, la sonda de puntos fue utilizado de forma a indicar el local y fijar las microesferas de vidrio en los puntos *sham*. Las parturientas asignadas al GC fueron acompañadas por el mismo período y evaluadas por medio de la HAM-A, como en los otros grupos.

La preparación y las instrucciones previas sobre la evolución del TP son realizadas en consultas de prenatal o en cursos específicos por la red municipal de salud, a la cual pertenece la residencia de la mujer. Algunas PIC están disponibles en el local de estudio y son orientadas y ofrecidas a las parturientas, como: el baño en la ducha, el masaje sacrolumbar, el ejercicio respiratorio, la bola suiza; siendo que ellas poseen libertad de movimiento, en los casos sin contraindicación médica. El local de estudio también permite la permanencia de un acompañante de elección de la mujer durante el TP, en el parto y en el alojamiento conjunto. Sin embargo, la inducción y la conducción del TP con el uso de oxitocina intravenosa, prostaglandinas y la amniotomía son utilizadas rutinariamente.

Las comparaciones entre los grupos con relación a las variables cuantitativas fueron realizadas por medio

del test de Kruskal-Wallis. Ese test es no-paramétrico y similar al modelo de Anova. Las comparaciones entre grupos y períodos de evaluación fueron realizadas por medio de los modelos *Generalized estimating equations* - GEE. Fueron presentadas las estimativas obtenidas de diferencia media, así como sus respectivos intervalos de confianza y *p*-valores. Para las asociaciones entre los grupos y las variables categóricas fue utilizado el test chi-cuadrado o el test exacto de Fisher. Los análisis fueron realizados con el *software* estadístico *Statistical Analysis System (SAS)* 9.4 y conducidos por un profesional estadístico.

El proyecto de este estudio fue sometido a la evaluación y aprobación por el Comité de Ética en Investigación local (Parecer 855.496). Las parturientas que aceptaron participar del estudio firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido, atendiendo a la legislación vigente en el país.

Resultados

Participaron de este estudio 102 parturientas, distribuidas en tres grupos de 34. Fueron excluidas de los análisis de reevaluación de la HAM-A con 120 min, las parturientas cuyo parto ocurrió antes de ese período (Figura 2), para las demás variables que son parámetros de interés del proyecto de estudio, fueron analizados los datos de la muestra total (102 parturientas, 34 por grupo).

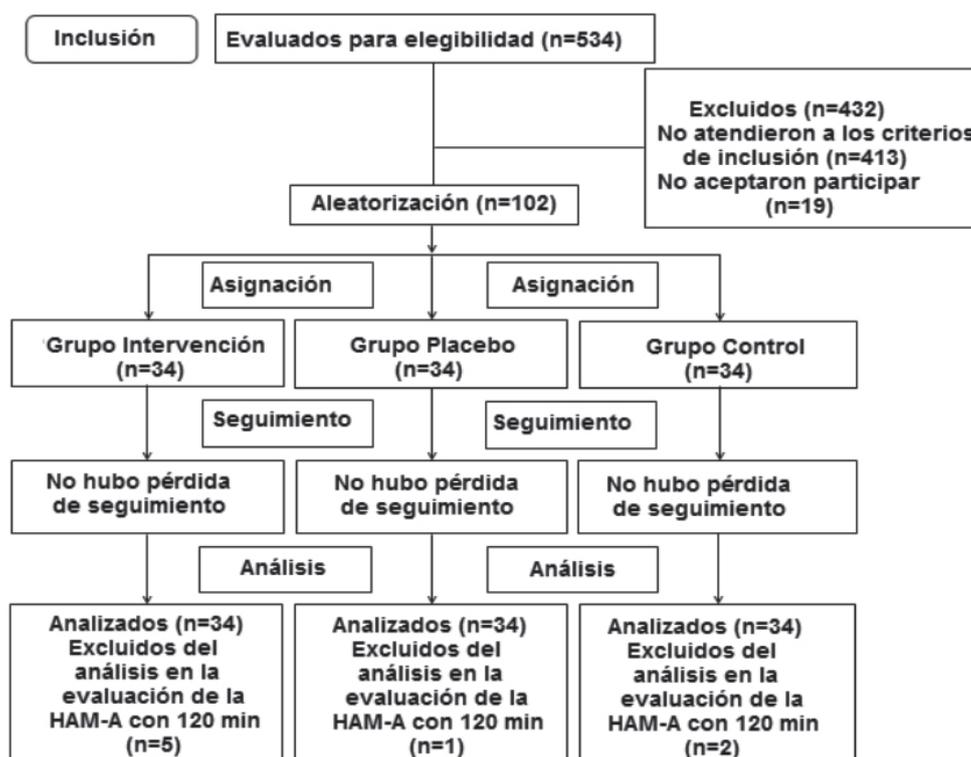


Figura 2. Diagrama de Flujo del reclutamiento y agrupamiento de las participantes. Campinas, SP, Brasil, 2016

No hubo diferencia significativa al comparar los tres grupos para las variables: edad media de las parturientas (23,9 (\pm 5,8) en el GI, 25,1 (\pm 7,0) en el GP y 22,7 (\pm 5,3) años en el GC, p-valor=0,3503 test de Kruskal-Wallis) y estado marital, siendo que la mayoría convivía con un compañero (GI: 29 (85,3%) *versus* GP:33 (97,1%) *versus* GC: 32 (94,1%), p-valor=0,2674, test exacto de Fisher). El acompañante de elección durante la internación fue frecuente en los tres grupos (GI: 33 (97,1%) *versus* GP:31 (91,2%) *versus* GC:32 (94,1%), p-valor=0,7613) y compartir el cuarto con otras parturientas (rutina en la unidad) fueron parecidos (GI: 13 (38,3%) *versus* GP:15 (44,1%) *versus* GC:12 (35,3%), p-valor=0,7498).

Las variables sobre escolaridad, orientaciones previas del TP y uso de las PIC, incluyendo la auriculoterapia, buscaron evaluar el grado de instrucción general y específica de la mujer, las que podrían ser influyentes en su comportamiento durante el TP. El nivel de escolaridad fue medido en años de estudios (GI: 10,7 (\pm 3,1); GP:9,9 (\pm 2,4); GC:10,7 (\pm 3,1), p-valor=0,4567). La mayoría de las parturientas no había participado de cursos de preparación o recibido orientaciones sobre el proceso de TP y uso de las PIC en la asistencia al parto (GI: 29 (85,3%); GP: 30 (88,2%) y; GC: 29 (85,3%), p-valor=1,000). También fue semejante, en la muestra, el desconocimiento sobre la auriculoterapia, descrito como "nunca haber oído hablar" por 22 (64,7%) de las parturientas en el GI, 20 (58,8%) en el GP y por 19 (55,9%) en el GC, p-valor=0,7375.

En la admisión del estudio, hubo mayor número de mujeres en TP espontáneo en el GI (GI: 25 (73,5%) *versus* GP: 16 (47,1%) *versus* GC: 09(55,9%), p-valor=0,0781, test Chi-cuadrado), sin embargo, no fue estadísticamente significativo. Ya, en la conducción del TP con medicamentos y las otras características obstétricas, listadas en la Tabla 1, que pueden representar la primera fase del TP en estado inicial o avanzada, no hubo diferencias significativas en las comparaciones de los tres grupos de estudio.

En la Tabla 2 se presentan las medias de los puntajes de la HAM-A y la categorización del grado de ansiedad antes y después del tratamiento entre los grupos de estudios.

En la Tabla 3 constan las diferencias medias de los puntajes de la HAM-A antes y con 120 minutos del tratamiento. Al analizar las puntuaciones antes y con 120 minutos en cada grupo, hubo diferencia significativa en el GP (DE 3,64, IC 2,26-5,02, p<0,0001) y GC(DE 3,71, IC 2,40-5,04, p<0,0001) debido al aumento de las medias, lo que no ocurrió en el GI (DE 0,07, IC -0,61-0,75, p=0,8429).

En el día siguiente al parto, cuando cuestionadas si se someterían nuevamente a la auriculoterapia en una futura gestación, las parturientas respondieron afirmativamente: 33 (97,1%) en el GI y 29 (85,3%) en el GP (p=0,1974). No hubo diferencia cuando cuestionadas sobre la incomodidad ocasionada por la auriculoterapia ("no incomoda": 30 (88,2%) en el GI *versus* 31 (91,2%) en el GP; "incomoda poco": 4 (11,8%) en el GI *versus* 3 (8,8%) en el GP, p=1,0000, test exacto de Fisher).

Tabla 1. Distribución de las parturientas de acuerdo con grupos del estudio y características obstétricas. Campinas, SP, Brasil, 2016

Variable	Grupo de estudio			p-valor
	Intervención (N = 34)	Placebo (N = 34)	Control (N = 34)	
Nº de consultas en el prenatal, media (de)*	9,3 (2,2)	9,9 (2,4)	8,9 (2,5)	0,4492†
Nº gestaciones, media (de)*	1,6 (1,0)	1,6 (1,0)	1,7 (1,1)	0,8193†
Paridad, n (%)				
Nulípara	27 (79,4)	25 (73,5)	25 (73,5)	0,8090‡
Multipara	7 (20,6)	9 (26,5)	9 (26,5)	
Antes del tratamiento				
Membranas amnióticas, n (%)				
Íntegras	25 (73,5)	21 (61,8)	19 (55,9)	0,3378§
Rotas	9 (26,5)	13 (38,2)	15 (44,1)	
Dilatación cervical (cm), media (de)*	4,6 (0,9)	4,8 (0,8)	4,5 (0,8)	0,3915†
Nº contracciones, media (de)*	3,1 (0,9)	3,2 (0,7)	3,3 (0,9)	0,5986†
Intensidad de las contracciones, n (%)				
Débil	2 (5,8)	6 (17,6)	0 (0,0)	
Moderada	16 (47,1)	17 (50,0)	22 (64,7)	0,0634§
Fuerte	16 (47,1)	11 (32,4)	12 (35,3)	
Después del tratamiento				
Conducción del trabajo de parto	n (%)	n (%)	n (%)	
Prostaglandina	7 (20,6)	10 (29,4)	11 (32,4)	0,5273‡
Oxitocina	18 (52,9)	16 (47,1)	21 (61,8)	0,4725‡

p < 0,05. *desviación estándar †test de Kruskal-Wallis ‡test Chi-cuadrado §test exacto de Fisher

Tabla 2. Diferencias en los puntajes de la HAM-A* y grado de ansiedad entre los grupos de estudios. Campinas, SP, Brasil, 2016

Variable	Grupo de estudio		
	Intervención	Placebo	Control
	(N = 34)	(N = 34)	(N = 34)
Antes del tratamiento	media ± de [†]	media ± de [†]	media ± de [†]
HAM-A*	5,6 ± 4,5	5,6 ± 5,5	6,8 ± 5,7
Grado de ansiedad	n (%)	n (%)	n (%)
Ausente	0 (0,0)	4 (11,8)	4 (11,8)
Leve	33 (97,1)	29 (85,3)	28 (82,3)
Moderado	1 (2,9)	1 (2,9)	2 (5,9)
Severo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	(N = 29)	(N = 33)	(N = 32)
Con 120 min del tratamiento	media ± de [†]	media ± de [†]	media ± de [†]
HAM-A*	5,7 ± 5,0	9,3 ± 7,9	10,5 ± 7,1
Grado de ansiedad	n (%)	n (%)	n (%)
Ausente	3 (10,3)	3 (9,1)	1 (3,1)
Leve	26 (89,7)	21 (63,6)	25 (78,1)
Moderado	0 (0,0)	9 (27,3)	4 (12,5)
Severo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)

*HAM-A - Escala de Ansiedad de Hamilton; †desviación estándar

Tabla 3. Comparaciones en los puntajes de la HAM-A* y momentos de la evaluación entre los grupos de estudios. Campinas, SP, Brasil, 2016

Comparación	Diferencia media	Intervalo de confianza (95%)		p-valor
		Límite inferior	Límite superior	
HAM-A*, antes del tratamiento				
Intervención vs. Placebo	0,05	-2,42	2,52	0,9682 [†]
Intervención vs. control	1,23	-1,31	3,77	0,3441 [†]
Placebo vs. control	-1,18	-3,88	1,53	0,3938 [†]
HAM-A*, 120 min del tratamiento				
Intervención vs. Placebo	3,62	0,42	6,81	0,0265[†]
Intervención vs. control	4,88	1,87	7,88	0,0015[†]
Placebo vs. control	-1,26	-4,84	2,33	0,4915 [†]

*HAM-A - Escala de Ansiedad de Hamilton
p < 0,05; †Test GEE - *Generalized estimating equations*

Discusión

La ansiedad es un síntoma común enfrentado por mujeres durante el parto; sobre todo cuando incide sobre parturientas: con poca instrucción, en primigestas y en ambientes hospitalarios con elevado índices de intervenciones médicas⁽²⁰⁾. Este estudio buscó evaluar los efectos de la auriculoterapia como una PIC al soporte asistencial de rutina ofrecido a las parturientas, el que mostró control de la ansiedad en el GI por medio de la escala de ansiedad de Hamilton⁽¹⁷⁾.

En este estudio, las parturientas tenían grado de instrucción o preparación previa para el parto semejantes a las evaluaciones de la escolaridad, al número de consultas en el prenatal y a la baja participación en cursos sobre parto. También la nuliparidad, la presencia

del acompañante de elección y el compartir el cuarto con otras parturientas - factores importantes sobre el estado ansioso y en la satisfacción de la mujer con su parto⁽²¹⁾ - fueron homogéneos entre los grupos. Algunas características obstétricas tenidas como causadoras de dolor y que consecuentemente pueden aumentar el grado de ansiedad⁽²²⁾, como la intensidad, el número de contracciones; la inducción o conducción del TP con prostaglandinas y oxitócicas, no presentaron diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

El proceso del parto es responsable por más de 90% del estrés y de la ansiedad de la mujer durante el prenatal, el que está relacionado principalmente a la falta de conocimiento y al miedo del parto⁽²³⁾. La presencia de síntomas de ansiedad fue característica en los grupos GP (>88%), GC (>88%) y GI (100%), lo

que puede estar relacionado a la baja educación prenatal encontrada en los tres grupos de estudio (>85%). En las comparaciones de los resultados de la HAM-A, estos fueron estadísticamente significativos en todos los análisis al comparar el GI versus GP y GI versus GC con 120 minutos de la asignación en el estudio, lo que no ocurrió en las comparaciones entre GP versus GC en el mismo momento. Eso pudo haber ocurrido debido al estímulo real en puntos auriculares en el GI, no aplicado en los grupos GP y GC, habiendo, en estos últimos, un aumento posterior en las puntuaciones de la HAM-A.

El uso de la auriculoterapia en el TP también fue evaluado en un estudio con 80 parturientas para comparar los efectos - de esa terapia sobre la dolor en la fase activa del TP - por medio de una escala visual analógica (EVA)⁽¹³⁾. En sus resultados, la media de intensidad de dolor después del tratamiento fue significativamente menor en el GI (GI: 7,56 versus GC: 8,43 p < 0,05). Solamente el hecho de esa terapia favorecer el alivio del dolor, ya reduce los síntomas de ansiedad⁽²²⁾, lo que puede haber ocurrido en este ECR, en el GI, con 120 minutos.

En un estudio cubano⁽²⁴⁾, los investigadores evaluaron el uso de la auriculoterapia sobre la ansiedad de mujeres que esperaban raspaje por aborto. La muestra fue constituida de 48 mujeres (90,5% (n 53)) y el estímulo fue en los puntos: *shenmen*, *corazón* y *ansiolítico* con semillas de cardo santo (*Argemone mexicana* L.) presionadas tres veces al día durante siete días, antes del procedimiento. Diferentemente de este estudio en que las mujeres fueron clasificadas con bajo grado de ansiedad, las mujeres cubanas fueron admitidas con alto grado de ansiedad (puntuajes ≥ 45 puntos) medido por el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDATE) de Spielberger. Así, los resultados fueron más claros después del tratamiento; apenas tres mujeres (5,66%) presentaron bajo grado de ansiedad (-30 puntos), una (1,88%) presentó grado medio (30-44 puntos) y las demás no presentaron síntomas de ansiedad. La auriculoterapia fue eficaz al reducir los síntomas de ansiedad de mujeres que necesitaron de la interrupción de la gestación, así como, no aumentaron los síntomas de ansiedad de mujeres que recibieron esa terapia durante la evolución del TP (GI), lo que fue demostrado en nuestros resultados.

En la literatura, a respecto de este asunto, fueron encontrados como tratamientos alternativos en el control de la ansiedad de mujeres en TP, estudios con reflexología⁽⁸⁾ y aromaterapia⁽²⁵⁾, y restricta a estudios de auriculoterapia para esas características. El uso de la reflexología mostró reducción del grado de ansiedad por medio del IDATE, significativamente (p<0,001), después del tratamiento cuando comparado a las parturientas

con cuidados de rutina⁽⁸⁾. En el estudio de aromaterapia (uso de extracto esencial de aceite de lavanda), con 121 nulíparas también hubo reducción en los puntajes del IDATE (p<0,05) y en la concentración de cortisol, en cuanto aumentaron las concentraciones plasmáticas de serotonina y ácido 5-hidroxi indolacético (5-HIAA), mejorando la evolución del TP⁽²⁵⁾. La auriculoterapia en la especialidad obstétrica fue encontrada en un ECR⁽²⁶⁾ con 76 puérperas en la postcesárea. Ese estudio mostró reducción significativa en los niveles de cortisol (diferencia media (DE) = 4µg / dl, p<0,05), frecuencia cardíaca (DE = 9,2 latidos / min, p <0,001), y ansiedad (IDATE) (DE = 3,8, p <0,01) después de tratamiento con auriculoterapia (punto *shenmen*).

En un estudio de revisión⁽¹²⁾ fueron evaluados los efectos de la acupuntura en el tratamiento de la ansiedad; tres ECR incluidos mostraron reducción en el grado de ansiedad después de acupuntura auricular, en escenarios distintos (en el transporte pre hospitalario, en el preoperatorio y con voluntarios saludables) a este ECR. Los autores de esa revisión describieron la acupuntura auricular como prometedora para la incorporación del tratamiento de la ansiedad en la práctica clínica de enfermería, así como una alternativa que puede reducir el uso medicamentoso para la ansiedad⁽¹²⁾. En Brasil, la acupuntura es una especialidad de enfermería legitimada por medio de la resolución del Consejo Federal de Enfermería (COFEN) nº 326 de 2008⁽²⁷⁾, la que es ejecutada en los servicios públicos y privados de salud en el tratamiento de diversos síntomas; otros profesionales de salud con formación superior y curso de especialización también ejecutan la técnica. Las PIC de salud vienen siendo recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para utilización en sistemas de salud de todo el mundo, con la finalidad de ampliar las opciones terapéuticas complementarias al tratamiento convencional⁽²⁸⁾.

Como limitación de este ECR, destacamos la ausencia de datos sobre casos diagnosticados de trastornos de ansiedad o uso previo y de rutina de medicamentos para el tratamiento de la ansiedad, a pesar de que la muestra es aleatoria y los síntomas de ansiedad fueron medidos por la HAM-A, en la admisión del estudio. Otra limitación es la ausencia de datos sobre las parturientas que utilizaron alguna PIC de rutina de la unidad obstétrica, esto debido a que esas actividades son de libre adhesión y sus usos tienen gran variación de frecuencia y tiempo durante el TP.

Conclusión

En este estudio, las mujeres sometidas al estímulo por microesferas de cristales en los puntos auriculares:

shenmen, útero, área de neurastenia y endocrino, mantuvieron el control de la ansiedad durante la fase activa del TP, momento en el cual generalmente hay un aumento de la ansiedad, evidenciado en los grupos GP y GC, que no tuvieron el mismo tratamiento. El hecho de no haber aumentado los puntajes de ansiedad en el GI ya indica un efecto útil de esta terapia. Este estudio, sumado a nuevos ECR de auriculoterapia para evaluación de la ansiedad de parturientas, realizados preferencialmente en ambientes menos intervencionistas, contribuirá con más evidencias para el establecimiento de esta terapia en la asistencia obstétrica.

Agradecimientos

A Henrique Ceretta Oliveira, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Campinas, por la contribución en el análisis estadístico.

Referencias

1. Firouzbakht M, Nikpour M, Khefri S, Jamali B, Kazeminavaee F, Didehdar M. The effectiveness of prenatal intervention on pain and anxiety during the process of childbirth-northern iran: clinical trial study. *Ann Med Health Sci Res*. [Internet]. 2015 Sep/Oct [cited Jun 18, 2017]; 5(5):348-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26500792>
2. Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HU. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum Dev*. [Internet]. 2010 May [cited Jun 14, 2017];86(5):305-10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378210000873?via%3Dihub>
3. McGrath SK, Kennell JH. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean delivery rates. *Birth*. [Internet]. 2008 Jun [cited Jun 14, 2017];35(2):92-7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.2008.00221.x>
4. Pinedo IA, Paz CP, Grandes G, Gurutze RFG, Itziar OH, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*. [Internet]. 2010 May [cited Jun 14, 2017];59:194-202. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20421842>
5. Cintra RJA, Rodríguez MA. Tratamiento de la ansiedad con técnicas tradicionales. *Mediciego*. [Internet]. 2012 [cited Feb 10, 2016];18(No. Esp.). Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/articulos/t-3.html
6. Camargos GL, Corrêa AAM. O uso da auriculoacupuntura no tratamento da dependência química. *Rev Científica Fagoc-Saúde*. [Internet]. 2016 [cited Jun 16, 2017];1(1):9-17. Available from: <http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/3>
7. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Portas S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2012 Mar [cited Jun 19, 2017];(3):CD009234. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009234/pdf>
8. Moghimi SH, Mehdizadeh ZT, Shoghi M. The effect of foot reflexology on anxiety, pain, and outcomes of the labor in primigravida women. *Acta Med Iran*. [Internet]. 2015 Agu [cited Feb 10, 2017];53(8):507-11. Available from: <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/4277>
9. Zhang CS, Yang AW, Zhang AL, May BH, Xue CC. Sham control methods used in ear-acupuncture/ear-acupressure randomized controlled trials: a systematic review. *J Altern Complement Med*. [Internet]. 2014 Mar [cited Jun 19, 2017];20(3):147-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948482/>
10. Reilly PM, Buchanan TM, Vafides C, Breakey S, Dykes P. Auricular acupuncture to relieve health care workers' stress and anxiety: impact on caring. *Dimens Crit Care Nurs*. [Internet]. 2014 May/Jun [cited Sep 13, 2017];33(3):151-9. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=24704740>
11. Prado JM, Kurebayashi LFS, Silva MJP. Auriculotherapy effectiveness in the reduction of anxiety in nursing students. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2012 Oct [cited Sep 2, 2017]; 46(5):1200-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500023
12. Goyatá SLT, Avelino CCV, Santos SVM, Souza DI Junior, Gurgel MDSL, Terra FS. Effects from acupuncture in treating anxiety: integrative review. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2016 Jun [cited Sep 02, 2017];69(3):564-71. Available from: doi: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300602&lng=en&nrm=iso&tlng=en
13. Rastegarzade H, Abedi P, Valiani M, Haghghi MH. The effect of auriculotherapy on labor pain intensity in nulliparous women (persian). *JAP*. [Internet]. 2015 Sep [cited May 28, 2017];6(1):54-63. Available from: http://jap.iiums.ac.ir/browse.php?a_id=5219&sid=1&slc_lang=en
14. Schawartz D, Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *J Clin Epidemiol*. [Internet]. 2009 May [cited Jan 8, 2017]; 62(5):499-505. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435609000432?via%3Dihub>
15. Mafetoni RR, Shimo AK. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 Aug [cited Jun 16, 2017];24(1):1-6. Available from: <http://www.eerp.usp.br/rlae>

- Jan 8, 2017];24:e2738. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02738.pdf>
16. Mafetoni RR, Shimo AKK. Effects of acupressure on progress of labor and cesarean section rate: randomized clinical trial. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2015 Fev [cited May 30, 2015]; 49(1):1-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/0034-8910-rsp-S0034-89102015049005407.pdf>
17. Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psych*. 1959; 32(1):50-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
18. DeSousa DA, Moreno AL, Gauer G, Manfro GG, Koller SH. Systematic review of instruments to evaluate anxiety in Brazilian population. *Aval Psicol*. [Internet]. 2013 Dec [cited Jan 18, 2018];12(3):397-410. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300015&lng=pt&nrm=i&tlng=pt
19. Marques CF, Zanella EC, Leal CR, Merey LF. Influence of music and relaxation therapy on anxiety of newborn mothers admitted at an intermediate neonatal unit. *Fisioter Bras*. [Internet]. 2013 Jun [cited Mar 18, 2016];14(3):198-203. Available from: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/viewFile/391/696>
20. Floris L, Irion O, Courvoisier D. Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: a prospective longitudinal study. *Psychol Health Med*. [Internet]. 2017 Sep [cited Jan 20, 2018];22(8):969-77. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2016.1258480?journalCode=cphm20>
21. World Health Organization - WHO. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief. [Internet]. Document WHO/RHR/16.10. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited Sep 20, 2017];4p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250274/WHO-RHR-16.10-eng.pdf;jsessionid=85D11B-F7331446C87E2590E8F438E001?sequence=1>
22. Floris L, Irion O. Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: a prospective, descriptive study. *J Health Psychol*. [Internet]. 2015 Apr [cited Oct 2, 2017];20(4):446-55. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105313502695>
23. Firouzbakht M, Nikpour M, Khefri S, Jamali B, Kazeminavaee F, Didehdar M. The effectiveness of prenatal intervention on pain and anxiety during the process of childbirth-northern Iran: clinical trial study. *Ann Med Health Sci Res*. [Internet]. 2015 Sep/Oct [cited Sep 18, 2017]; 5(5):348-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4594348/>
24. Mirabal ME, Ramos PK, Pulgarón SJ. Auriculopuntura como tratamiento de la ansiedad para la interrupción voluntaria del embarazo. *Rev Ciencias Médicas*. [Internet]. 2014 Jul/Aug [cited May 28, 2017]; 18(4):590-7. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n4/rpr05414.pdf>
25. Mirzaei F, Keshtgar S, Kaviani M, Rajaeifard A. The effect of lavender essence smelling during labor on cortisol and serotonin plasma levels and anxiety reduction in Nulliparous women. *JKMU*. [Internet]. 2009 Jul/Aug [cited May 12, 2016];16:245-54. Available from: http://jkmu.kmu.ac.ir/article_17271.html
26. Kuo SY, Tsai SH, Chen SL, Tzeng YL. Auricular acupressure relieves anxiety and fatigue, and reduces cortisol levels in post-caesarean section women: A single-blind, randomised controlled study. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2016 Jan [cited Oct 2, 2017]; 53:17-26. Available from: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(15\)00307-7/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(15)00307-7/fulltext)
27. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN No. 326/2008. Regulamenta no Sistema COFEN/corens a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade. [Internet]. 2008 [Acesso 6 fev 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluao-cofen-n-3262008_5414.html
28. World Health Organization - WHO. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited Feb 6, 2018]; 72p. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>

Recibido: 16.11.2017

Aceptado: 06.05.2018

Correspondencia:

Reginaldo Roque Mafetoni
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Cidade Universitária
CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil
E-mail: mafetoni.cps@gmail.com

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.