

Efectos de la acupresión sobre el dolor en el trabajo de parto: ensayo clínico aleatorio¹

Reginaldo Roque Mafetoni²
Antonieta Keiko Kakuda Shimo³

Objetivo: analizar los efectos de la acupresión, en el punto sanyinjiao, sobre el dolor en la fase activa del trabajo de parto, en embarazadas atendidas en maternidad pública. Método: ensayo clínico controlado y aleatorio, simple ciego y de carácter pragmático. Fueron seleccionadas 156 mujeres con edad gestacional ≥ 37 semanas, dilatación cervical ≥ 4 cm y con dos o más contracciones en 10 minutos. Las embarazadas fueron divididas aleatoriamente en tres grupos en un hospital universitario del interior del estado de Sao Paulo, Brasil, para recibir acupresión, placebo o participar como control. La acupresión fue aplicada en el punto sanyinjiao durante las contracciones, por 20 minutos; la intensidad del dolor fue evaluada por medio de una Escala Analógica Visual (EAV). Resultados: los promedios del dolor por la EAV no fueron diferentes en los tres grupos en la admisión (valor $p=0,0929$), sin embargo fueron menores en el grupo de acupresión inmediatamente después (valor $p=<0,0001$) y también después de 1 hora del tratamiento (valor $p=0,0001$) al compararse con el placebo y control. Conclusión: la acupresión en el punto sanyinjiao se mostró una medida útil en el alivio del dolor, no invasiva y un medio de mejorar la calidad de los cuidados la parturienta. Registro: RBR-9mhs8r.

Descriptores: Acupresión; Terapias Complementarias; Dolor de Parto; Trabajo de Parto.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Acupressure for pain relief in women in labor: a randomized clinical trial", presentada a la Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

² Estudiante de Doctorado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Enfermero, Hospital da Mulher "Prof Dr. José Aristodemo Pinotti", CAISM, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Doctor, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Mafetoni RR, Shimo AKK. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial¹
Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2738. [Access

mes	día	año

]; Available in:

 URL
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0739.2738>.

Introducción

El parto es considerado un fenómeno natural; sin embargo, ha sido demostrado que el dolor que lo acompaña es una experiencia subjetiva y compleja en que participan aspectos fisiológicos, culturales y psicosociales. Actualmente existen diversos estudios orientados para amenizar el dolor de la mujer durante el trabajo de parto (TP) con énfasis en el uso de métodos no farmacológicos desarrollados, especialmente, por enfermeros y obstetras, que procuran proporcionar asistencia menos invasiva y humanizada⁽¹⁻²⁾.

En la medicina tradicional china (MTC) varios métodos alternativos son utilizados para el alivio del dolor, practicados principalmente por medio de la acupuntura, de la moxibustión, de la acupresión y del uso de yerbas. La acupresión posee los mismos principios de la acupuntura: mantener el equilibrio de energía en los diversos canales que circulan por el cuerpo, los llamados meridianos, que están vinculados a algún órgano específico⁽³⁾, pero sin el uso de agujas. Los estímulos son hechos a través de las manos y dedos en puntos específicos o en algunas circunstancias, combinando esos puntos para alcanzar un efecto mayor en el alivio del dolor o para proporcionar un estado de relajamiento⁽⁴⁾.

Ensayos controlados y aleatorios (ECA) desarrollados en algunos países de Asia^(3,5-6) y del Oriente Medio⁽⁷⁻¹²⁾ evaluaron los efectos de la acupresión sobre el dolor durante la fase activa del TP. En esos ECA son identificados tres puntos de acupuntura que fueron objeto de la acupresión: punto *Sanyinjiao* (BP6), punto *Hegu* (IG4) y punto *Zhiyin* (B67). En la teoría de la MTC estos puntos poseen acción en la actividad uterina y pueden inducir el TP; también son indicados en las distocias obstétricas y en el TP prolongado⁽⁶⁾.

El punto BP6 es caracterizado por tener fuerte influencia en los órganos reproductores, en el TP distócico y prolongado⁽⁶⁾; está localizado en el meridiano bazo/páncreas, a cuatro dedos sobre la punta del maléolo interno, en la parte posterior al frente de la tibia (Figura 1).

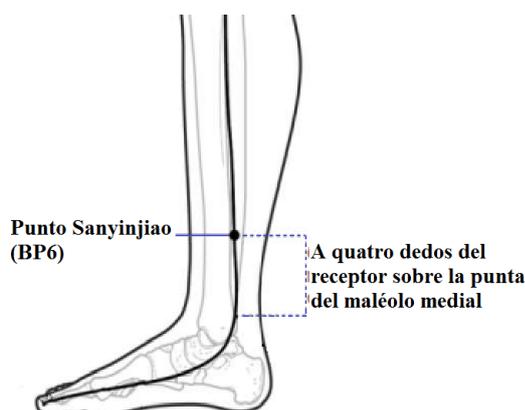


Figura 1 - Punto Sanyinjiao (BP6)

A pesar de que algunos estudios hubiesen asociado la acupresión en el punto BP6 a la reducción del dolor en el TP^(3,6-8,10) no quedó clara la dinámica uterina (número e intensidad de las contracciones), considerada influyente en las respuestas sobre el dolor. No fueron localizados estudios que reprodujeron esta técnica en la población latinoamericana. Por tanto, el objetivo de este estudio fue analizar los efectos de la acupresión en el punto BP6 sobre el dolor en la fase activa del TP, en parturientas atendidas en una maternidad pública.

Métodos

Se trata de un ensayo clínico controlado y aleatorio (basado en el diagrama consort), de carácter pragmático⁽¹³⁾, realizado de enero a agosto de 2013. Los sujetos fueron parturientas admitidas en un hospital público terciario y de enseñanza, del interior del estado de Sao Paulo, en Brasil. El proyecto de este estudio fue sometido a la evaluación y aprobación del Comité de Ética en Investigación local (Parecer 182.421). Todas las parturientas que aceptaron participar del estudio firmaron el término de consentimiento libre e informado, atendiendo la legislación vigente en el país.

Fueron incluidas parturientas de cualquier edad o paridad, a partir de 37 semanas, en TP espontáneo, inducido y/o conducido, con dilatación ≥ 4 cm, dos o más contracciones en 10 minutos y piel íntegra en el punto BP6 bilateral, con el feto vivo, en presentación cefálica de vértice y con buenas condiciones de vitalidad. Fueron excluidos los casos de preeclampsia grave, placenta previa, indicación inmediata de cesárea, dilatación ≥ 8 cm y uso de medicamento analgésico hace menos de 6 horas de la admisión en el estudio.

El tamaño de la muestra fue estimado considerando el método propuesto para el cálculo de un test *t* no pareado⁽¹⁴⁾, considerando las diferencias en los porcentajes de dolor por medio de la Escala Analógica Visual (EAV), antes y después del tratamiento, en tres estudios^(6,8,11). Para los cálculos fue adoptado un nivel de significación igual a 5% y un poder de 80%, excepto para los estudios que también presentaron resultados después de 60 minutos. En esos casos fue aplicada la corrección de *Bonferroni* en el nivel de significación y el mismo fue asumido como 2,5%. El cálculo de la muestra resultó en 51 individuos para cada grupo, que fue el mayor tamaño de la muestra calculada entre los estudios, totalizando 153 participantes.

Las parturientas fueron asignadas por medio de una lista de secuencia de números aleatorios, en

bloque de seis pacientes, generados por el programa Excel® y distribuidos en tres grupos: acupresión (BP6); grupo toque (GT) / placebo; y grupo control (GC). El estudio utilizó el método simple ciego (las participantes del grupo BP6 y GT no sabían a cuál grupo pertenecían). En el GC no hubo posibilidad de cegamiento debido a las propias características del estudio. Todos los cuestionarios fueron identificados con un número, y sus respectivos grupos con una letra, manteniendo a su vez el cegamiento para los análisis estadísticos.

Para evaluación del dolor se optó por un modelo de EAV medido de 0 a 10, siendo 0 para ausencia completa de dolor y 10 para el peor dolor hasta entonces sentido. La paciente registraba la percepción del dolor, teniendo como referencia un dibujo de un rostro e indicaba una numeración encima de la misma. A partir del consentimiento, de la parturienta, de participar del estudio, fue aplicada la EVA (EVA00), la que fue nuevamente aplicada inmediatamente después del tratamiento (EVA20) y 60 minutos después del tratamiento (EVA60).

Los datos referentes al uso de medicamentos y anestésicos fueron registrados conforme procedimientos realizados y verificados por el equipo de profesionales de la institución consultando: ficha médica, ficha anestésica, diagrama de parto y prescripción médica. Los profesionales de la unidad que condujeron el uso de fármacos no sabían a cuál grupo las parturientas pertenecían y el investigador no tuvo influencia en su prescripción o manipulación.

Las parturientas del grupo BP6 recibieron presión profunda ($\pm 5\text{kg}$), con descompresión brusca y rápida con el dedo pulgar, sin ocasionar incomodidad y en el GT recibieron un toque superficial, de bajísima intensidad ($\pm 0,1\text{kg}$)⁽¹⁵⁾. En los dos grupos el contacto fue en el punto BP6 bilateral, durante las contracciones, en período único de 20 minutos.

El investigador responsable por la aplicación de la técnica de acupresión pasó por un curso con entrenamiento de 32 horas. El control y la consistencia de la presión de los dedos pulgares fueron realizados utilizando una balanza antropométrica electrónica, infantil acolchonada, hasta que el investigador mantuviese con seguridad la presión y consistencia deseadas para el grupo BP6 y GT.

Las parturientas del GC recibieron el tratamiento usual de la unidad obstétrica. El local del estudio permitía la presencia de un acompañante elegido por la mujer, también era incentivado el uso de métodos no farmacológicos como el baño de ducha, el masaje lumbar y dorsal, el ejercicio respiratorio y la libertad

de movimiento, esto en los casos en que no existe contraindicación.

Todas las parturientas fueron orientadas y estimuladas a realizar en el TP una respiración torácica lenta (inspiración y expiración profundas y demoradas, dirigidas para la región torácica) durante las contracciones, en los intervalos de las mismas, y relajamiento de toda la musculatura corporal asociada a la respiración total (torácica abdominal lenta, en un ritmo natural)⁽¹⁶⁾.

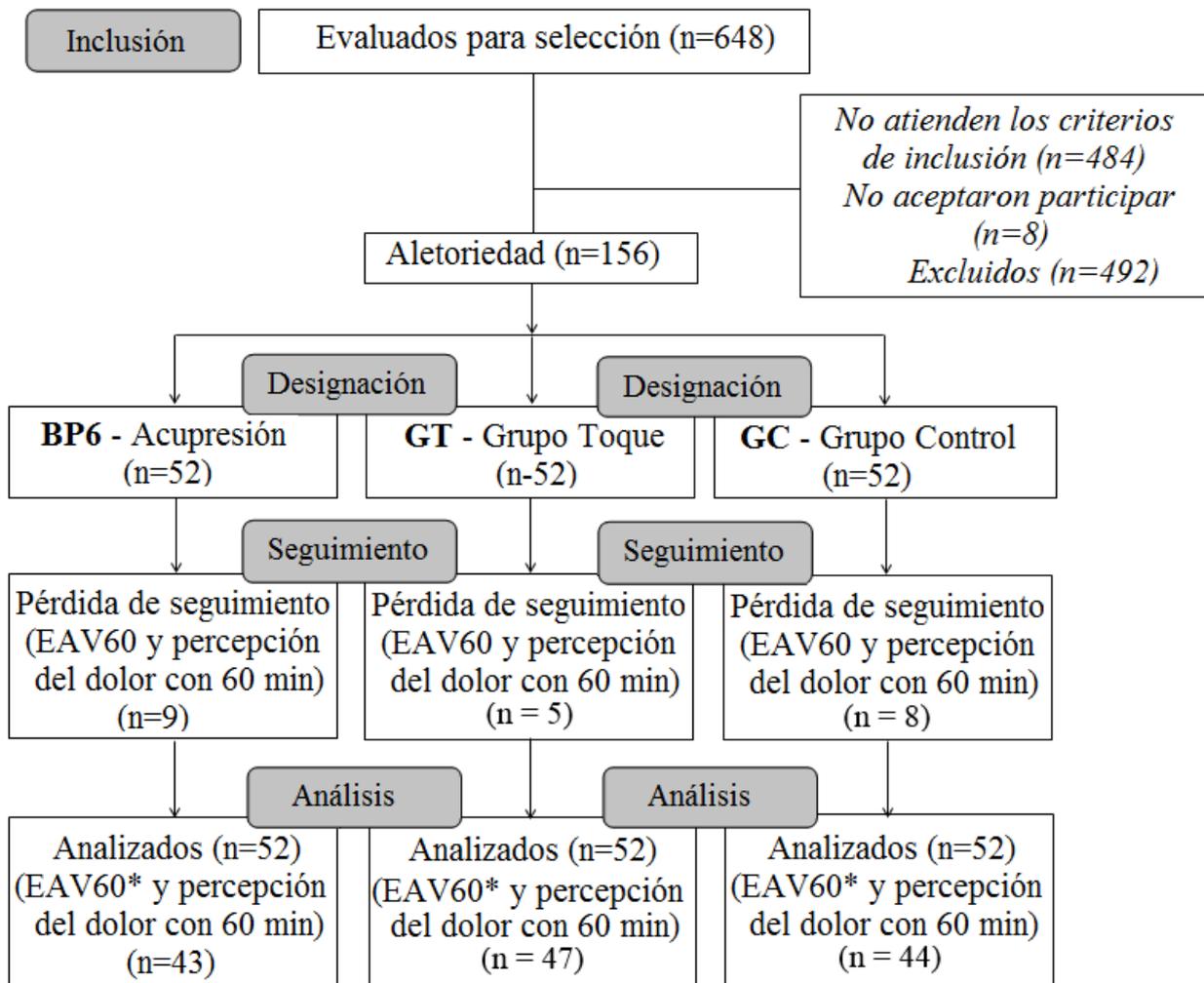
Para recolección de datos sociodemográficos y clínicos fue elaborado un cuestionario sometido al análisis de validez de contenido, realizado por cinco jueces con experiencia en el área obstétrica y/o en la MTC. El instrumento fue comprobado en 15 parturientas, evidenciándose no ser necesarias otras modificaciones.

Las comparaciones entre los grupos con relación a las variables cuantitativas fueron realizadas con el test de Kruskal-Wallis. En lo que se refiere a los casos en que fueron encontradas diferencias significativas, se utilizó el test de Mann-Whitney para las comparaciones múltiples. En las asociaciones entre los grupos y variables categóricas fue utilizado el test Chi-cuadrado. En los casos en donde, por lo menos, 20% de los valores esperados presentaron conteo menor que cinco, fue aplicado el test exacto de Fisher. Las comparaciones entre los tres períodos de evaluación con relación a la EAV, entre todos los grupos, fueron hechas por medio del test de Friedman.

En las variables en que fueron realizadas las comparaciones entre los grupos y que fueron medidas en más de un período de evaluación, fue utilizada la corrección de Bonferroni dividiendo el nivel de significación por el número de comparaciones. Si la variable fue medida en tres períodos y comparamos los grupos en cada período, el nivel de significación adoptado fue de 1,67%. Para la variable EAV, además de comparar los grupos en cada período también fueron medidos los períodos para cada grupo, con esto el nivel de significación adoptado para esa variable fue de 0,83%. Por último, para las comparaciones múltiples el nivel de significación también fue corregido siguiendo el mismo criterio.

Resultados

Participaron de este estudio 156 parturientas distribuidas equitativamente en tres grupos, no hubo pérdidas después del proceso aleatorio, excepto para las variables EAV60 y percepción del dolor con 60 minutos, debido a la ocurrencia de analgesia o parto en ese intervalo, conforme la Figura 2.



*EAV60 – Escala Analógica y Visual, después de 60 minutos del tratamiento

Figura 2 - Procedimiento de recolección de datos

En la Tabla 1 se presentan las características generales de las parturientas conforme grupo de

asignación; no existió diferencia entre los grupos en lo que se refiere a las variables estudiadas.

Tabla 1 - Distribución de las características generales y grupos de estudio de las parturientas. Campinas, SP, Brasil, 2013.

Variables	Grupo de estudio			P
	BP6 (N = 52)	Toque (N = 52)	Control (N = 52)	
Edad (años), media (de)	26,8(7,1)	26,4(6,4)	25,2(7,3)	0,4567 [†]
Escolaridad (años de estudio), media (de)	9,4(2,6)	9,8(2,4)	9,6(3,0)	0,8954 [†]
Estado marital, n (%)				
Con compañero	49 (94,2)	50 (96,1)	49 (94,2)	–
Sin compañero	3 (5,8)	2 (3,9)	3 (5,8)	–
Color/raza, n (%)				
Parda	31 (59,6)	25 (48,1)	24 (46,2)	–
Blanca	14 (26,9)	22 (42,3)	21 (40,4)	–
Negra	6 (11,6)	5 (9,6)	6 (11,5)	–

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Amarilla	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	–
Conoce la Acupresión/ <i>Do-in/ Shiatsu</i> , n (%)				
Nunca escuchó	48 (92,3)	44 (84,6)	48 (92,3)	–
Escuchó , pero no usó	4 (7,7)	6 (11,5)	4 (7,7)	–
Escuchó y usó	0 (0,0)	2 (3,9)	0 (0,0)	–
Nº de consultas en el prenatal, media (de)	9 (3,1)	9,2 (2,5)	9,6 (2,4)	0,4822 [†]

* p < 0,05. †test de Kruskal-Wallis. (de) distribución estándar.

Las características obstétricas informadas en la Tabla 2 describen los grupos para las variables que pueden influenciar las respuestas de dolor de las parturientas.

Tabla 2 - Distribución de las características obstétricas y grupos de estudio de las parturientas. Campinas, SP, Brasil, 2013

Variable	Grupo de estudio			P
	BP6 (N = 52)	Toque (N = 52)	Controle (N = 52)	
Nº gestaciones, media (de)	2,6(1,7)	2,3(1,5)	1,8±1,2	0,0232 [†]
Paridad, n (%)				0,2319 [†]
Nulípara	21(40,4)	28(53,9)	29(55,8)	
Multipara	31(59,6)	24(46,1)	23(44,2)	
Antes del tratamiento				
Membranas amnióticas, n (%)				0,0416 [§] †
Íntegras	26 (50,0)	38 (73,1)	24 (46,2)	
Ruta artificial	11 (21,1)	4 (7,7)	9 (17,3)	
Ruta espontánea	15 (28,9)	10 (19,2)	19 (36,5)	
Dilatación cervical (cm), media (de)	4,9(0,8)	4,65(0,9)	4,6(0,9)	0,1455 [†]
Nº contracciones, media (de)	3,3(1,0)	3,19(1,1)	3,4(0,9)	0,6212 †
Intensidad de las contracciones, n (%)				0,1693 [§] ¶
Débil	0 (0,0)	4 (7,7)	2 (3,9)	
Moderada	25 (48,1)	30 (57,7)	26 (50,0)	
Fuerte	27 (51,9)	18 (34,6)	24 (46,1)	
Durante el tratamiento				
Nº de contracciones en 20 min. media (de)	7,02(1,8)	6,3(2,0)	7,5(2,2)	0,0137 †
Después del tratamiento				
Nº de contracciones con 60 min. media (de)	3,6(1,1)	3,4(1,2)	3,6(1,1)	0,4484 †
Intensidad de las contracciones, n (%)				0,7995 [§] ¶
Débil	2 (4,3)	3 (6,1)	4 (8,3)	
Moderada	20 (42,5)	18 (36,7)	15 (31,3)	
Fuerte	25 (53,2)	28 (57,2)	29 (60,4)	
Membranas amnióticas, n (%)				0,0518 [§] †
Ruta artificial	10 (19,2)	21 (40,4)	14 (26,9)	
Ruta espontánea	7 (13,5)	6 (11,5)	2 (3,9)	
Otras (cesárea o ruptura antes)	35 (67,3)	25 (48,1)	36 (69,2)	

†p < 0,05 †test de Kruskal-Wallis †test Chi-cuadrado §p < 0,025 || p < 0,0167 ¶test exacto de Fisher. (de) distribución estándar.

El plan de De Lee, evaluado antes del tratamiento, no presentó diferencia entre los grupos, estando la mayoría de las parturientas con -3 cm de altura en la presentación del feto, excepto dos parturientas en el GT y dos en el GC con -2 cm. El número de contracciones referidas durante el período de tratamiento fue diferente

entre los grupos; cuando analizadas las medianas, el grupo BP6 y GC presentaron siete contracciones cada una en oposición de seis contracciones en el GT.

La evaluación del dolor fue realizada por medio de la EAV y por preguntas preelaboradas que posibilitaban a las parturientas clasificar su percepción de dolor (Tabla 3).

Tabla 3 - Diferencias en los puntajes de la EAV* y evaluación del dolor entre los grupos de estudios. Campinas, SP, Brasil, 2013

Variable	Grupo de estudio						P
	BP6		Toque		Control		
	(N = 52)		(N = 52)		(N = 52)		
EAV*	Media	(de)	Media	(de)	Media	(de)	
Antes del tratamiento	7,4	1,9	7,1	2,4	7,9	1,9	0,0929 ^{†‡}
Con 20 minutos del tratamiento	5,9	2,3	7,6	2,5	8,5	1,9	<0,0001 ^{†‡}
Percepción del dolor (20 minutos)	n	%	n	%	n	%	
Alivió	34	65,4	7	13,5	1	1,9	
Está igual	17	32,7	22	42,3	24	46,2	<0,0001 [§]
Empeoró	1	1,9	23	44,2	27	51,9	
	(N = 43)		(N = 47)		(N = 44)		
EAV*	Media	De	Media	de	Media	de	
Con 60 minutos del tratamiento	6,5	2,2	8,1	2,3	8,8	1,8	<0,0001 ^{†‡}
Percepción del dolor (60 minutos)	n	%	n	%	n	%	
Alivió	9	20,9	4	8,5	0	0,0	
Está igual	26	60,5	12	25,5	14	31,8	0,0018 ^{†§}
Empeoró	8	18,6	31	66	30	68,2	

* Escala Analógica y Visual. † p < 0.0083 §p < 0.0167. ‡ Test de Kruskal-Wallis || test Chi-cuadrado § test exacto de Fisher. (de) distribución estándar.

En los valores de la EAV en cada grupo, en los tres tiempos de evaluación, hubo diferencia estadística (p<0.0001, test de Fridman). Sin embargo, esta diferencia ocurrió debido al aumento en los promedios en el GT y GC en relación a los presentados antes del tratamiento, lo que no ocurrió en el grupo BP6 que redujo esos valores después de la acupresión. Cuando comparados los grupos (de acuerdo con el test de Mann-Whitney), las diferencias ocurrieron inmediatamente y con 60 minutos del tratamiento entre el grupo BP6 en relación al GT y GC (p<0.0001); entre GT y GC no hubo diferencia significativa en los dos momentos analizados (p=0.0551 con 20 minutos y p=0.1287 con 60 minutos).

En relación a los analgésicos endovenosos o intramusculares administrados durante el TP el número fue pequeño debido a que su uso es desestimulado en la unidad obstétrica, el medicamento de uso era la dipirona 1gr, meperidina 50mg o tramadol 50mg, que fueron administrados en dos parturientas del GT, dos en el GC y solamente una en el grupo BP6.

La analgesia peridural o bloqueo combinado (raquianestesia + peridural) estaba disponible para las parturientas dependiendo de su necesidad, con utilización común en los tres grupos, ocurriendo en 69,23% en el

grupo BP6 (n 36) y 76,92% (n 40) en los otros grupos (p=0.5840, test Chi-cuadrado). La dilatación cervical registrada en el momento de la anestesia (elegida por el equipo de anestesiistas) también no se diferenció en los grupos (p=0.6650, test de Kruskal-Wallis), con mediana de 6 cm para las parturientas en el grupo BP6 y GT y de 5 cm para las parturientas del GC.

El puntaje de Apgar, que constituye el método más empleado en la evaluación inmediata del estado general del neonato al nacer, no presentó diferencia entre los promedios en el primer (p=0.9542) y quinto minuto de vida (BP6 9,62 versus GT 9,54 versus GT 9,29, p=0.7218), mostrando que el tipo de tratamiento destinado a cada grupo no alteró este indicador.

Discusión

En la admisión de las parturientas estudiadas, antes del tratamiento, hubo diferencia en el número de gestaciones. Sin embargo, esa realidad no tuvo reproducción en las demás variables que pueden ser consideradas influyentes sobre las respuestas al dolor. Esas variables incluyen: la paridad, la integridad de las membranas amnióticas, la dilatación cervical, el número y la intensidad de las contracciones. Sin embargo,

durante el tratamiento, el número de contracciones (mediana) presentó una contracción a menos en el GT en relación al grupo de acupresión BP6 y GC.

La evaluación del dolor por la EAV apuntó reducción significativa en el grupo que recibió acupresión en el punto BP6 en comparación al GT y GC. La media de la EAV fue menor en las dos evaluaciones después del tratamiento en el grupo BP6. Estos datos son semejantes a dos ECA^(7,10) anteriores que evaluaron ese punto. En un estudio⁽⁷⁾ se aplicaron 30 minutos de acupresión durante las contracciones, en el otro⁽¹⁰⁾ fueron 20 minutos, y además del punto BP6, trató otro grupo con el punto IG4. En la evaluación no hubo diferencia de la EAV en los grupos BP6 e IG4, sin embargo la diferencia apareció cuando se comparó al GC hasta 8 cm de dilatación, siendo que, cuando la dilatación estaba completa no fue observada diferencia. Ese resultado también fue percibido en un ECA en Corea del Sur⁽¹⁷⁾ cuando la dilatación estaba entre 9 y 10 cm, la puntuación de la EAV era próxima al GC.

Otros tres ECA^(3,6,8) evaluaron el punto BP6 sobre el dolor. El puntaje de la EAV no fue posteriormente inferior a los valores de base, sin embargo su aumento fue mayor en las parturientas con placebo, esos estudios no incluyeron un tercer grupo. Debemos considerar que el dolor en el TP es progresivo; además de eso, apenas el hecho de que el dolor no hubiese empeorado demuestra alguna eficacia del cuidado dispensado.

A pesar de que no hubo, en este estudio, diferencia significativa entre el GT y GC, las participantes del GT presentaron, en media, menor aumento de la EAV. Este hecho pudo haber ocurrido debido a que el toque superficial en el punto BP6 bilateral es una práctica usual para palpación de los puntos y trayectos energéticos corporales, estimulando esta forma de contacto, en algunos casos, el flujo de energía⁽³⁾. El apoyo continuo a la parturienta también puede reducir las quejas de dolor obstétrico y favorecer la evolución del TP, conforme mostrado en una revisión en Cochrane⁽¹⁸⁾.

El efecto de la acupresión sobre el dolor todavía no está claro en sus funciones mecánicas, físicas y bioquímicas, en el organismo humano. Una explicación que no tiene base en la MTC es la "teoría del portón" (*Gate-control theory of pain*), elaborada en 1965, que trata de la influencia de la estimulación cutánea táctil en el alivio del dolor⁽¹⁹⁾. De acuerdo con esta teoría, la acupresión activa en los mecanorreceptores que inervan las fibras gruesas (A-alfa y A-beta) y conducen a cerrar la puerta, al paso que, las fibras finas (A-delta y C) conducen a la abertura de la misma. La abertura y el cierre de la puerta representan la transmisión o no del dolor a lo largo de las vías nerviosas dependiendo de la intensidad de la presión, lo que lleva la inhibición de la transmisión de dolor al nivel de la columna vertebral⁽⁷⁾.

Algunos autores propusieron masajes profundos en siete puntos de acupuntura durante las contracciones y masaje leve en la región lumbar en los intervalos, de forma a activar las fibras gruesas (cierre de la puerta) y producir la inhibición del dolor, intervención que, pudo haber presentado la reducción del dolor entre las parturientas que recibieron ese tratamiento⁽²⁰⁾.

El uso de analgésico endovenoso o intramuscular fue poco utilizado entre las parturientas en este estudio, así como fue observado en otro estudio previo⁽⁶⁾. Tres ECA^(7,11,21) presentaron uso elevado en todas las parturientas, en cuanto en otros estudios^(3,8,10) los analgésicos no fueron mencionados o no quedó claro su uso. Así, la analgesia peridural o el bloqueo combinado fue elevada en los tres grupos de este ECA. Esos recursos fueron menores en las parturientas del grupo BP6, y semejantes en el GT y GC, sin embargo los análisis no mostraron diferencia estadística. Si consideramos la reducción en el puntaje del dolor en el inicio de la fase activa con 20 minutos de acupresión, la replicación del tratamiento a lo largo del TP podría retardar o disminuir el uso de analgesias u otras intervenciones precoces, favoreciendo la evolución fisiológica del parto.

No hubo alteración en el puntaje de Apgar entre los neonatos de mujeres que recibieron acupresión en el punto BP6 cuando comparadas a las otras participantes, mostrando no haber ningún efecto adverso para los neonatos de mujeres que recibieron esa intervención, corroborando con los ECA^(7,10) que evaluaron esa variable.

Como limitación de este ensayo, destacamos el uso del método simple ciego, debido a la ausencia de un evaluador externo después del tratamiento, a pesar de que no hubiesen sido influenciadas o inducidas las respuestas para las variables estudiadas. Otra limitación ocurrió debido a la palpación manual para evaluación de la intensidad de las contracciones, con el objetivo de no utilizar un método invasivo que podría ocasionar incomodidad a la parturienta. La tercera limitación estuvo relacionada al local de estudio, que fue un hospital universitario, de referencia regional para la gestación de alto riesgo; debido a este hecho, pudo haber contribuido con elevados índices de intervenciones médicas.

Conclusión

Los resultados de este estudio indicaron que la acupresión en el punto BP6 es un medio complementario y no invasivo para el alivio del dolor en la fase activa del TP, que no ocasiona efectos adversos para la parturienta o para el neonato.

La acupresión se mostró ser una medida útil para el alivio del dolor que puede ser fácilmente implementada en la práctica clínica, con la finalidad de mejorar la calidad de los cuidados la parturienta y favoreciendo la evolución del

TP. Sin embargo, el efecto del tratamiento en la reducción del dolor es pequeño, lo que sugiere que la acupresión puede ser más eficaz con dilatación cervical hasta 8 cm y presentación cefálica alta.

La acupresión también puede ser una alternativa ofrecida a las mujeres que prefieren el uso de métodos no farmacológicos y sin efectos colaterales, la que puede ser realizada especialmente por profesionales enfermeros y obstetras.

Referencias

- Osório SMB, Silva Jr LG, Nicolau AIO. Assessment of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor. *Rev Rene*. 2014;15(1):174-84.
- Mafetoni RR, Shimo AKK. Non-pharmacological methods for pain relief during labor: integrative review. *Rev Min Enferm*. 2014;18(2):513-20.
- Lee MK. Effects of San-Yin-Jiao (SP6) acupressure on labor pain, delivery time in women during labor. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2003;33(6):753-61.
- Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2011. Disponible em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009232/abstract>
- Chung U, Hung L, Nancy O, Kuo S. Effects of LI4 and BL 67 Acupressure on Labor Pain and Uterine Contractions in the First Stage of Labor. *J Nurs Res*. 2003;11(4):251-60.
- Lee MK, Chang SB, Kang D. Effects of San-Yin-Jiao(SP6) acupressure on labor pain, delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med*. 2004;10(6):959-65.
- Hjelmstedt A, Shenoy ST, Stener-Victorin E, Lekander M, Bhat M, Balakumaran L, et al. Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(11):1453-9.
- Kashanian M, Shahali S. Effects of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010;23(7):638-41.
- Kordi M, Firooz M, Esmaili H. Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor in Nulliparous Women. *J Hayat*. 2010;16(3-4):95-101.
- Salehian T, Dehcheshmaei FS, Pirak A, Kazemian A, Atarodi Z., Righi, SDN. Comparison of the effect of Hoku Point (LI4) acupressure with that of San-Yin-Jiao (SP6) acupressure on labor pain and the length of delivery time in primiparous women. *SJKU*. 2011;16(1):64-72.
- Hamidzadeh A, Shahpourian F, Orak RJ, Montazeri AS, Khosravi A. Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *J Midwifery Womens Health*. 2011;57(2):133-8.
- Hajiamini Z, Masoud SN, Ebadi A, Mahboubh A, Matin AA. Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. *Complement Ther in Clin Pract*. 2012;18(3):169-72.
- Schawartz D, Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(5):499-505.
- R Bernd, Prel JB, Wachtlin D, Kwiciczen R, Blettner M. Sample size calculation in clinical trials. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(31-32):552-6.
- Robinson N, Lorenc A, Liao X. The evidence for Shiatsu: a systematic review of Shiatsu and acupressure. *BMC Complement Altern Med*. 2011;11:88.
- Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. The use of respiration and relaxation techniques for pain and anxiety relief in the parturition process. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005;13(1):52-8.
- Kim YR, Chang SB, Lee MK, Maeng WJ. Effects on labor pain and length of delivery time for primipara women treated by San-Yin-Jian (SP-6) Acupressure and Hob-Gog (LI-4) Acupressure. *Korean J Women Health Nurs*. 2002;8(2):244-56.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2007. [Acesso 10 dez 2014]. Disponible em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub3/abstract>
- Melzack R, Wall P. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150:971-9.
- Bonapace J, Chaillet N, Gaumont I, Paul-Savoie E, Marchand S. Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth. *J Pain Res*. 2013;4(6):653-61.
- Lee MK, Chang SB, Lee HS, Kim HS. Effects of treatment with San-Yin-Jian (SP-6) acupressure for labor women on labor pain, length time for delivery and anxiety: A clinical trial pilot study. *Korean J Women Health Nurs*. 2002;8(4):559-69.

Recibido: 1.5.2015

Aceptado: 19.12.2015

Correspondencia:

Reginaldo Roque Mafetoni
Universidade Estadual de Campinas
Hospital da Mulher "Prof Dr. José Aristodemo Pinotti" - CAISM
Rua Alexander Fleming, 101
Cidade Universitária
CEP: 13.083-881, Campinas, SP, Brasil
E-mail: mafetoni@unicamp.br

Copyright © 2016 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.