

## TERAPIAS INTEGRATIVAS EN LA SALUD PERINATAL

### INTEGRATIVE THERAPIES USED IN PERINATAL HEALTH

**Natalia Villegas\***

Enfermera-Matrona. Magíster en Enfermería con mención en Gestión UC. de Chile

**María de los Ángeles Aguilera**

Enfermera-Matrona. Hospital Clínico Universidad Católica de Chile

**Lauren Poupin**

Enfermera-Matrona. Magíster en Salud Pública Universidad de Chile

**Báltica Cabieses**

Enfermera-Matrona. Magíster en Epidemiología

---

Artículo recibido el 4 de octubre, 2009. Aceptado en versión corregida el 2 de diciembre, 2009

#### RESUMEN

Las terapias integrativas están adquiriendo cada vez mayor relevancia. A nivel mundial, son cada vez más las personas que las utilizan en combinación con las terapias convencionales. **Objetivo:** Conocer los efectos que tienen las terapias integrativas utilizadas en el embarazo, la progresión del trabajo de parto y parto. **Metodología:** Se realizó una búsqueda en 6 bases de datos y se seleccionaron 25 artículos. Estos artículos describen distintas terapias: aromaterapia, acupresión, acupuntura, masajes, uso de medicamentos naturales, moxibustión, hipnosis, reflexología, musicoterapia, relajación, yoga e hidroterapia. **Resultados:** Las terapias integrativas tienen diferentes efectos en la salud perinatal. **Embarazo:** versión a presentación cefálica en casos de presentación podálica, aumento de los movimientos fetales, disminución de los síntomas de la depresión, relajación uterina, manejo estrés y ansiedad, reducción de embarazos de Pretérmino, Hipertensión y Retraso en Crecimiento Intrauterino. **Trabajo de parto:** para su inducción, disminución de su duración, menor uso de ocitocina, disminución del dolor, menor analgesia farmacológica, ansiedad, náuseas y vómitos y además proporcionarían relajación. **Parto:** algunas terapias tienen efectos en la disminución de desgarros perineales y el tipo de parto. **Conclusiones:** La mayoría de las terapias integrativas son útiles y producen numerosos beneficios en la salud perinatal. Sin embargo, el impacto positivo está influenciado por el tipo de terapia, efecto y momento en que se administra la terapia. Una de las terapias más efectiva es la acupuntura. Se requieren más estudios para evaluar el impacto en el feto, recién nacido y para evaluar su efectividad junto al uso de terapias convencionales. **Palabras clave:** Salud holística, terapias alternativas, trabajo de parto, parto.

#### ABSTRACT

Integrative therapies have acquired more relevance in the past decades. There has been a growing use of them in combination with conventional therapies over time worldwide. **Objective:** To determine the effects of integrative therapies use in pregnancy, progression of labor and delivery. **Methodology:** A search was conducted in 6 databases and 25 articles were selected. These articles describe different therapies used: aromatherapy, acupressure, acupuncture, massage, use of natural medicines, moxibustion, hypnosis, reflexology, music therapy, relaxation, yoga and hydrotherapy. **Results:** The integrative therapies showed different effects on perinatal health. **Pregnancy:** cephalic version in breech presentation cases, increased fetal movements, decreased depression symptoms, uterine relaxation, stress and anxiety reduction, reduction in preterm pregnancies, hypertension and uterine growth restriction. **Labor:** positive induction effect, decreased length of stay, reduced oxytocin use and pain, less pharmacological analgesia, anxiety, nausea and vomiting, and also relaxation. **Delivery:** some therapies reduced perineum tears and affect the type of delivery. **Conclusions:** The majority of the integrative therapies have shown to be useful and produce several benefits in perinatal health. However, this positive impact was influenced by the type of therapy, the effect and the time at which the therapy was administered. One of the most effective is the acupuncture. Further studies are required to assess the impact on the fetus, newborn and for evaluating their effectiveness with the use of conventional therapies. **Key words:** Holistic health, alternative therapies, labour, delivery.

---

\* Correspondencia e-mail: nvillegasr@miami.edu

## INTRODUCCIÓN

Las terapias integrativas están adquiriendo cada vez mayor relevancia. Estas son definidas por el National Center for Complementary and Alternative Medicine [NCCAM] como “la combinación de la corriente principal de terapias médicas convencionales y de terapias de medicina complementaria en las cuales hay una alta calidad científica de evidencia respecto a la seguridad y efectividad en su utilización” (NCCAM, 2002).

En los países desarrollados son cada vez más las personas que hacen uso de estas para ayudar a aliviar el dolor crónico y/o mejorar la calidad de vida. En países en vías de desarrollo en África, hasta un 80% de la población las utiliza para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias, y en Asia y Latinoamérica las personas las siguen utilizando como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. La Organización Mundial de la Salud [OMS] señala que en los países en vías de desarrollo, el amplio uso de las terapias integrativas se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad (OMS, 2002).

En obstetricia, el uso de las terapias integrativas no es la excepción, volviéndose cada vez más utilizadas (Field, 2008). Desde la antigüedad han sido utilizadas para diferentes propósitos en esta área; en especial para optimizar el manejo del trabajo de parto, período expulsivo y postparto en las mujeres, y también para lograr mejores efectos en el recién nacido. Del mismo modo, numerosas terapias utilizadas en la actualidad buscan aumentar la satisfacción de la mujer durante esta experiencia (Lee, Chang, & Kang, 2004).

Actualmente existe una mayor aceptación en el uso de las terapias integrativas por usuarias embarazadas y profesionales de la salud (Field, 2008); sin embargo aun existe falta de información acerca de sus efectos y de su adecuada utilización. En base a lo anterior, el objetivo de esta revisión de literatura es conocer los efectos que tienen las terapias integrativas duran-

te el embarazo, trabajo de parto y período expulsivo.

## METODOLOGÍA

Para esta revisión de literatura se desarrolló una búsqueda en seis bases de datos entre los años 2007 y 2009: CINAHL, PUBMED, PROQUEST, MEDLINE, COCHRANE Y GOOGLE SCHOLAR. Se utilizaron como palabras claves: labor, alternative therapy, intrapartum, labor, aromatherapy, hypnosis, complementary therapies, postpartum, homeopathy, analgesia in labor, yoga y acupuncture. También se incluyó en la búsqueda artículos pertenecientes a las referencias de algunas publicaciones.

Los criterios de inclusión de los artículos fueron: artículos publicados entre los años 1998 y 2008, disponibles en texto completo y en los idiomas español o inglés, que incluyeran intervenciones con algún tipo de terapia integrativa utilizada durante el embarazo, trabajo de parto, parto; y que estos artículos estuvieran aprobados por los Comités de Ética correspondientes.

Un total de 75 artículos fueron revisados, de los cuales se seleccionaron 25 para esta revisión bibliográfica. Estos artículos hacen referencia a los efectos de diferentes terapias integrativas utilizadas en embarazo, trabajo de parto, período expulsivo: aromaterapia, acupresión, acupuntura, masajes, uso de medicamentos naturales como el aceite de castor, moxibustión, hipnosis, reflexología, musicoterapia, relajación, yoga e hidroterapia. En todos los estudios las participantes fueron sometidas a algún tipo de terapia integrativa y/o la terapia utilizada se comparaba con otros tipos de terapias y tratamientos convencionales utilizados en las maternidades.

## RESULTADOS

De los estudios analizados, ninguno muestra efectos dañinos en la mujer durante su embarazo, trabajo de parto o

parto. Se presentan a continuación los efectos de las terapias integrativas según el periodo en que fueron administradas.

### **Uso y efectos en el embarazo**

El uso de la acupuntura, método que comprende una serie de procedimientos que estimulan puntos anatómicos del cuerpo (acupuntos) introduciendo en la piel agujas de metal delgadas y sólidas (NCCAM, 2002) más moxibustión, técnica que consiste en la utilización de cartuchos moxa ardientes, cerca de acupuntos donde produce calor sin sensación dolorosa (Neiri et al., 2004), durante el embarazo aumenta los movimientos fetales y la proporción de versiones de presentaciones fetales podálicas a cefálicas, al comparar con un grupo de embarazadas que tienen cuidados de rutina (Cardini & Weixin, 1998; Kanakura et al., 2001; Neiri et al., 2004).

Este efecto fue evaluado en mujeres primigestas (Cardini & Weixin, 1998) y multiparas al estimular distintos puntos de acupuntura (BL67, SP6 y Ki-I) más moxibustión desde las 28 semanas de gestación (Kanakura et al., 2001), con un mayor enfoque entre las 33 y 35 semanas de embarazo (Cardini & Weixin, 1998; Neiri et al., 2004).

Para las versiones de presentaciones fetales podálicas a cefálicas en embarazadas con 28 o más semanas de embarazo, el uso de estimulación percutánea de baja frecuencia (de 3Hz) en puntos de acupuntura por 30 minutos diariamente utilizando electrodos de electrocardiograma en cada sesión no demostró tener un efecto significativo (Kanakura et al., 2001).

En cuanto a las contracciones uterinas, Kanakura et al. (2001), reportaron que el uso de acupuntura y moxibustión desde las 28 semanas también produce una desaparición de las contracciones uterinas y disminución del índice de pulsatilidad de la arteria uterina y umbilical, mejorando el ambiente fetal.

Por otra parte Manber, Schnyer, Allen, Rush y Blasey (2004) compararon la apli-

cación de acupuntura específica para la depresión en distintos puntos (LI4, SP1, SP6, GB21, UB60, UB67, Ren 3, 4, 5 y 6, ST36, ST45, UB23, UB32, KD4 y GB44, en los puntos de la oreja y Ren 12) con acupuntura no específica para depresión y masajes durante en el embarazo entre las 11 y 28 semanas de gestación. Los autores encontraron que las técnicas de acupuntura (sea esta específica o no específica para depresión) redujeron significativamente los síntomas depresivos, luego de ocho semanas de tratamiento consistente en 12 sesiones de 25 a 30 minutos de duración. Este efecto fue mayor al comparar las técnicas de acupuntura con la aplicación de masaje, pero este efecto solo fue significativo durante el primer mes de tratamiento. A las ocho semanas de tratamiento en los tres grupos (acupuntura específica para depresión, acupuntura no específica para depresión y masaje) se observó una reducción significativa de los síntomas de la depresión mayor.

Respecto a la reducción de la incidencia de embarazos de pretérmino, hipertensión durante el embarazo y Retraso en el Crecimiento Intrauterino [RCIU], Narendran, Nagarathna, Gunasheela y Nagendra (2005) evaluaron la eficacia del uso de yoga, terapia que incluye el uso de posturas físicas, respiración y meditación, en la reducción de embarazos de pretérmino en 118 mujeres con embarazos entre 18 y 20 semanas. Las mujeres en el grupo intervención realizaron ejercicios de yoga durante una hora diaria desde las 18 y 20 semanas hasta la fecha del parto, mientras que las mujeres en el grupo control caminaron una hora diaria durante el mismo período. Las mujeres que recibieron la terapia de yoga tuvieron significativamente menos complicaciones en relación a hipertensión en el embarazo, menor retraso en el crecimiento intrauterino y menos partos de pretérmino en comparación con las mujeres en el grupo control.

Adicionalmente es importante mencionar que los recién nacidos de las mujeres

en el grupo de yoga tuvieron significativamente mayor peso de nacimiento en comparación con las mujeres en el grupo control. Similares resultados se encontraron en otro estudio realizado por estos investigadores para evaluar los efectos del yoga en 335 mujeres embarazadas (Narendran, Nagarathna, Narendran, Gunasheela, & Nagendra, 2005).

Bastani, Hirdania, Kazemnejad, Vafaei y Kashanian (2005) evaluaron los efectos de aplicar un programa de relajación en la reducción del estrés y ansiedad en mujeres primigestas. Estas mujeres fueron asignadas a dos grupos; un grupo intervención que recibió cuidados convencionales y entrenamiento de relajación, y un grupo control que recibió cuidados convencionales. Los investigadores reportaron una reducción significativa en los niveles de ansiedad y estrés en las mujeres en el grupo de intervención en comparación con las mujeres en el grupo control.

#### **Uso y efectos en el trabajo de parto**

Lee et al. (2004) encontraron que aplicar acupresión en el acupunto SP6, técnica no invasiva que es una variación de la acupuntura que involucra la aplicación de presión constante en algunos sitios anatómicos (acupuntos), en cada contracción uterina por 30 minutos, disminuyó la duración del trabajo de parto. Sin embargo, este efecto solo fue significativo en la fase activa del trabajo de parto. También la aplicación de acupuntura en mujeres primigestas fue efectiva en acortar este período, desde los tres cm hasta la dilatación cervical completa (Zeisler, Tempfer, Mayerhofer, Barrada, & Husslein, 1999). El mismo efecto fue observado en primigestas, al realizar cuatro o más sesiones de reflexología antes del inicio del trabajo de parto (McNeill, Alderdice, & McMurray, 2006). También el recibir masaje perineal desde los ocho cm de dilatación cervical disminuiría la duración del trabajo de parto en 11 minutos en mujeres nulíparas (Stamp, Kruzins, & Crowther, 2001).

El uso de acupuntura en distintos acupuntos (LU7, H17, ST 30, ST 29, GB 34, ST 36, SP8, SP6, K13, LR3, GB41, GV20, BL34, BL32, LI4, BL67 y BL60) en mujeres en fase activa del trabajo de parto (Skilnand, Folssen, & Heiberg, 2002) no provocó una disminución significativa en la duración del trabajo de parto. El uso de baños de tina con agua caliente (Eckert, Turnbull, & MacLennan, 2001) y la aplicación de masaje perineal desde las 34 semanas en primigestas con una duración de 5 minutos diariamente hasta el trabajo de parto (Eogan, Daly, & O'Herlihy, 2006) tampoco tuvieron una disminución significativa en la duración total del trabajo de parto. Asimismo, Burns, Zobbi, Panzeri, Oskrochi, & Regalia (2007) no encontraron una disminución significativa en la duración del trabajo de parto en las fases pasiva y activa entre mujeres en trabajo de parto que recibieron aromaterapia y mujeres que recibieron cuidados convencionales.

**Inducción del trabajo de parto.** El aceite de castor, derivado de la planta *Ricinus Communis*, posee propiedades útiles para la inducción en los embarazos de post término. El ácido ricinoleico es el componente más activo del aceite de castor y es responsable de la acción catártica (Garry, Figueroa, Guillaume, & Cucco, 2000). Estos autores demostraron que la administración de 60 ml de aceite de castor fue efectiva para inducir el trabajo de parto dentro de las siguientes 24 horas, aumentando en 36 veces la probabilidad del inicio de este (en mujeres con edad gestacional entre 40 y 42 semanas independiente de su edad, paridad y peso del recién nacido) y además no produciría efectos adversos en la mujer y en el feto. El uso de la reflexología en primigestas no influye en este aspecto (McNeill et al., 2006).

La aplicación de acupuntura en los puntos LI4 y SP6 cerca de la fecha probable de parto, produciría un mayor acortamiento cervical en menor tiempo,

al comparar con embarazadas que no reciben este tratamiento (Ahner, Bitschnau, Husslein, Rabl, & Zeisler, 2001). Eogan et al. (2006) por su parte, encontraron un aumento significativo en el número de mujeres que iniciaron trabajo de parto espontáneamente, al aplicar masaje perineal desde las 34 semanas.

**Aceleración del trabajo de parto.** En cuanto a la disminución del uso de occitocina para acelerar el trabajo de parto, el uso de la autohipnosis es una técnica efectiva (Cyna, Andrew, & McAuliffe, 2006). Esta técnica de hipnosis se conoce como un estado consciente de la atención focalizada que limita la conciencia de la estimulación externa e incrementa la respuesta a la sugestión, lo cual permite que los pacientes lleguen a ser autosuficientes y seguros (Cyna et al., 2006).

También fueron reportadas como efectivas la terapia con acupuntura, ya que en mujeres primigestas redujo el uso de occitocina desde los tres cm de dilatación hasta el parto (Zeisler et al., 1999), al igual que el uso de esta en diferentes acupuntos en mujeres en fase activa del trabajo de parto (Skilnand et al., 2002). Sin embargo no tiene estos efectos el aplicarla en los puntos LI4 y SP6 en embarazadas cerca de la fecha probable de parto (Ahner et al., 2001).

**Manejo del dolor.** La aromaterapia consiste en la utilización de aceites esenciales (extractos o esencias) de flores, hierbas y árboles para promover la salud y el bienestar (NCCAM, 2002). La administración de aromaterapia de lavanda y de olíbano es efectiva en reducir el dolor durante todas las fases del trabajo de parto (Burns, Blamey, Ersser, Barnetson, & Lloyd, 2000). Burns et al. (2007) reportaron que el uso de diferentes tipos de aromaterapia (camomila, salvia, incienso, lavanda y mandarina) durante el trabajo de parto redujo la percepción de dolor en primigestas durante el trabajo de parto. Sin embargo en

mujeres múltiparas el uso de aromaterapia no tuvo una reducción en la percepción de dolor.

La música ha sido ampliamente utilizada en salud, se sugiere que la percepción del dolor y la música viajan a través de vías neuronales similares, afectándose mutuamente. En mujeres en trabajo de parto, la música es efectiva en reducir el dolor produciendo una distracción frente al dolor (Browning, 2000).

También son efectivos para el manejo de dolor el aplicar masajes en diferentes zonas del cuerpo según la preferencia de las mujeres (tales como masaje rítmico, direccional y razonable, y masajeado de toques suaves (*effleurage*) en la zona abdominal, en la zona sacra, masaje de hombros y amasamiento de la espalda) durante las contracciones uterinas (Chang, Wang, & Chen, 2002) y el aplicar un programa establecido de masaje, controlando la respiración y la visualización desde las 36 semanas (esto, observado al realizar la medición a los 90 minutos postparto, con un promedio de 6,6 en la escala VAS) (Nabb, Kimber, Haines, & McCourt, 2006). Eckert et al. (2001) no encontraron que baños de tina con agua caliente produjeran este efecto en las mujeres durante la fase latente del trabajo de parto.

En la fase latente, la aplicación de masaje con hielo en el punto LI4 disminuye el dolor (Waters & Raisler, 2003), siendo este resultado más efectivo al aplicar la terapia en la mano izquierda. Se encontraron resultados significativos en la fase activa al utilizar la acupresión SP6, en donde el efecto analgésico permaneció en las mujeres al menos por 60 minutos postaplicación (Lee et al., 2004).

Resultados similares encontraron Chung, Chiao, Kuo y Huang (2003) al aplicar la técnica de acupresión en los puntos BL67 y LI4. Cabe mencionar que los autores no encontraron diferencias significativas de disminución del dolor, al comparar la técnica de acupresión con el efecto "*effleurage*" (masaje suave de la piel con la

yema de los dedos). El utilizar acupuntura en diferentes acupuntos también disminuye significativamente el dolor (aproximadamente en dos puntos) y reduce significativamente la necesidad de analgesia farmacológica (anestesia peridural y petidina), al ser medido con escala EVA a los 30, 60 y 120 minutos luego de ser aplicada y al ser medido a las dos horas postparto (Skilnand et al., 2002).

Al analizar el uso de analgesia farmacológica, esta fue menor al utilizar la autohipnosis en mujeres primigestas (Cyna et al., 2006). Nesheim y Kinge (2006) encontraron una reducción significativa en el uso de analgesia epidural durante el trabajo de parto en mujeres que utilizaron acupuntura. Lee et al. (2004), encontraron que las mujeres que utilizaron acupresión en el punto SP6 en el trabajo de parto utilizaron una menor proporción de analgesia al comparar con mujeres que no recibieron esta terapia, pero este resultado no fue significativo. Resultados opuestos fueron reportados por Eckert et al. (2001), en donde las mujeres en el grupo experimental que tuvieron una inmersión en baño de tina con agua caliente tuvieron un mayor uso de analgesia, pero este resultado no fue significativo.

Zeisler et al. (1998) no encontraron diferencias significativas en el uso de analgesia en mujeres primigestas que utilizaron acupuntura. Eogan et al. (2006) reportaron que la aplicación de masaje perineal desde las 34 semanas en primigestas no influye en este aspecto. La aplicación de sesiones de reflexología, terapia basada en el descubrimiento de puntos "reflejos" en el pie, correspondientes con otras partes del cuerpo aplicando una presión firme en aquellos puntos usando los pulgares o dedos (Fan, 2006), antes del trabajo de parto en mujeres primigestas no influyó en el uso de anestesia epidural y de opiáceos, pero sí tuvo una disminución significativa en el uso de Entonox (preparado anestésico gaseoso con 50% de óxido nítrico y 50% de oxígeno) (McNeill et al., 2006).

**Ansiedad.** Lee et al. (2004) encontraron que la acupresión en el punto SP6 provocó una disminución de la ansiedad en la fase activa, al comparar los resultados con mujeres que no se sometieron a esta terapia. Burns et al. (2000) reportaron que la aromaterapia con rosa es útil para disminuir la ansiedad y el miedo. El masaje en diferentes zonas del cuerpo reduce la ansiedad en la fase latente del trabajo de parto, pero en la fase activa (5-7cm) y la fase transicional (8-10 cm) no se observan diferencias al aplicar masaje (Chang et al., 2002).

**Efecto sobre las contracciones uterinas.** En relación con la efectividad de las contracciones uterinas (frecuencia e intensidad), Chung et al. (2003) no encontraron efectivo el uso de la acupresión en los puntos BL67 y LI4 durante todo el trabajo de parto. Burns et al. (2000) utilizaron la aromaterapia de salvia para aumentar la intensidad de las contracciones, pero describen que sus resultados no son concluyentes debido a la dificultad de evaluar la efectividad de esta terapia, y a la mala calificación de la terapia por parte de las participantes.

La aromaterapia con menta es útil para disminuir las náuseas y vómitos. Esto es observado incluso en pacientes a las cuales se les administró anestesia epidural (Burns et al., 2000).

La música proporciona un efecto de relajación durante el trabajo de parto, ayudando también a la respiración. Serían de preferencia adecuadas los estilos de música instrumentales, clásicos y *New Age* (Browning, 2000).

#### **Uso de las terapias integrativas durante el parto**

El uso de acupuntura disminuye significativamente la incidencia de desgarro perineal en mujeres primigestas al comparar con mujeres que no recibieron esta terapia (Zeisler et al., 1998). Stamp et al. (2001) realizaron una intervención aplicando ma-

saje perineal en el trabajo de parto, pero los investigadores no encontraron una disminución de la incidencia de desgarros de 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> grado. Eogan et al. (2006) describieron que el uso del masaje perineal aplicado con aceite dulce de almendras, desde las 34 semanas en mujeres primíparas, durante cinco minutos, hasta el inicio del trabajo de parto, no tiene una influencia significativa en la incidencia de periné indemne, desgarros, episiotomías y lesiones del esfínter rectal. Eckert et al. (2001) señalaron resultados similares a los encontrados en el estudio de Stamp et al. (2001) al utilizar el baño con tina de agua.

**Tipo de parto.** El utilizar acupuntura más moxibustión en embarazadas entre 33 y 35 semanas de gestación disminuyó el número de cesáreas (Neiri et al., 2004) y el aplicar la acupuntura en los puntos SP6 y LI4 a embarazadas cerca de la fecha probable de parto influiría positivamente en aumentar los partos de tipo vaginal (Ahner et al., 2001).

La terapia de reflexología no afectaría el tipo de parto en mujeres primigestas al ser aplicada desde las 36 semanas de gestación (McNeill et al., 2006); al igual que al aplicar masaje perineal desde las 34 semanas hasta el inicio del trabajo de parto en primigestas (Eogan et al., 2006) y al administrar acupuntura en diferentes puntos en mujeres en fase activa del trabajo de parto (Skilnand et al., 2002). Cardini y Weixin (1998) mostraron que la moxibustión aplicada diariamente en el punto BL67 en primigestas, con fetos en presentación podálica entre las 33 y 35 semanas de gestación, no disminuyó el número de cesáreas.

Burns, et al. (2007) no encontraron diferencias en el tipo de parto entre un grupo de mujeres que recibieron distintos tipos de aromaterapia (camomila, salvia, incienso, lavanda y mandarina) durante el trabajo de parto y un grupo de mujeres que recibió cuidados convencionales durante este período. Ambos grupos de mujeres

tuvieron la misma proporción de partos vaginales.

## **DISCUSIÓN**

Las terapias integrativas revisadas son útiles y producen numerosos beneficios a las usuarias durante el embarazo, trabajo de parto y parto. Sin embargo, este impacto está influenciado por el tipo de terapia que se utiliza, el efecto para el cual se administra y el momento de su aplicación durante el trabajo de parto y parto. Debido a esto, en algunos casos las terapias fueron efectivas y en otros casos no tuvieron ningún efecto significativo al comparar con usuarias que no recibieron estas terapias. Sin embargo es importante destacar que estas terapias no tuvieron efectos negativos o dañinos para las usuarias. Esto revela la necesidad de evaluar los efectos de las terapias integrativas con mayor profundidad y utilizarlas en relación con los efectos que se desean favorecer en el cuidado de las usuarias, y siempre teniendo en cuenta que su uso no reemplaza los cuidados convencionales, sino que se enfoca en el uso combinado de ambas.

Las terapias integrativas incluyeron no solo el alivio de síntomas físicos, sino que abarcan una variedad de efectos referentes a la dimensión emocional de las usuarias. Esto demuestra el objetivo de las terapias integrativas en favorecer cuidados integrales y el bienestar de las usuarias en su embarazo, trabajo de parto y parto. Las terapias integrativas revisadas demostraron ser un aporte relevante e innovador ya que permiten un manejo holístico de las usuarias en su proceso reproductivo, ayudando a proporcionar un cuidado humanizado que permite responder de mejor forma a las numerosas necesidades que tiene la mujer. Adquieren una mayor importancia si se consideran los efectos no deseados en la madre y el feto al someterse a numerosos fármacos y procedimientos invasivos utilizados en la actualidad.

A la luz de la literatura, la terapia con acupuntura es una de las terapias que

tiene el mayor número de efectos benéficos en las usuarias durante el embarazo y trabajo de parto; esto reflejado en su utilización en el tratamiento de la depresión mayor en el embarazo y trabajo de parto, por sus efectos en el acortamiento cervical en menor tiempo y por favorecer la presencia de fibronectina fetal en el moco cervical en menos días al usarla cercana a la fecha probable de parto. Además, al combinarla con moxibustión, aumenta la versión a presentación cefálica en mujeres con fetos en presentación podálica, reduce el dolor y produce un menor aumento de la ansiedad en las mujeres en trabajo de parto, y disminuye la incidencia de desgarro perineal. Sin embargo en algunos efectos como la duración del trabajo de parto y en la disminución del uso de occitocina, es controversial la efectividad de esta terapia.

Finalmente surge la necesidad de considerar la real trascendencia y pertinencia de las terapias alternativas y estudiar su posible uso en la actualidad por parte del personal de salud. Esto requiere de un cambio de perspectiva, preparación de los profesionales que otorgan cuidados a estas usuarias, desde los currículos de pregrado, para que este tipo de terapias se puedan incorporar dentro de los cuidados de rutina en las maternidades y también el evaluar la costo-eficacia de su implementación junto con los cuidados convencionales que reciben estas usuarias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahner, R., Bitschnau, M., Husslein, P., Rabl, M., & Zeisler, H. (2001). Acupuncture for cervical ripening and induction of labor at term- a randomized controlled trial. *Wiener Klinische Wochenschrift, The Middle European Journal of Medicine*, 113(23-24), 942-946.
- Bastani, F., Hirdania, A., Kazemnejad, A., Vafaei, M., & Kashanian, M. (2005). A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), e36-e40.
- Browning, C. (2000). Using music during childbirth. *Birth*, 27, 272-276.
- Burns, E., Blamey, C., Ersser, S., Barnetson, L., & Lloyd, A. (2000). An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 6, 141-147.
- Burns, E., Zobbi, V., Panzeri, D., Oskrochi, R., & Regalia, A. (2007). Aromatherapy in childbirth: A pilot randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 838-844.
- Cardini, F., & Weixin, H. (1998). Moxibustion for correction of breech presentation: A randomized controlled trial. *Journal American Medical Association*, 280, 1580-1584.
- Chang, M., Wang, S., & Chen, C. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 68-73.
- Chung, U., Chiao, L., Kuo, S., & Huang, C. (2003). Effects of LI4 and BL67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the First stage of labor. *Journal of Nursing Research*, 11, 251-259.
- Cyna, A., Andrew, M., & McAuliffe, G. (2006). Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: A pilot study. *Anaesthesia and Intensive Care*, 34, 464-468.
- Eckert, K., Turnbull, D., & MacLennan, A. (2001). Immersion in water in the first stage of labor: A randomized controlled trial. *Birth*, 28, 84-93.
- Eogan, M., Daly, L., & O'Herlihy, C. (2006). The effect of regular antenatal perineal massage on post natal pain and anal sphincter injury: A prospective observational study. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19, 225-229.
- Fan, K. (2006). Foot massage in Chinese medical history. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12, 1-3.
- Field, T. (2008). Pregnancy and labor alternative therapy research. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 14(5), 28-34.
- Garry, D., Figueroa, R., Guillaume, J., & Cucco, V. (2000). Use of castor oil in pregnancies at term. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6, 77-79.
- Lee, M., Chang, S., & Kang, D. (2004). Effects of SP6 acupressure on labor pain and

- length of delivery time in women during labor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10, 959-965.
- Kanakura, Y., Kometani, K., Nagata, T., Niwa, K., Kamatsuki, H., Shinzato, Y., et al. (2001). Moxibustion treatment of breech presentation. *American Journal of Chinese Medicine*, 29, 37-45.
- Manber, R., Schnyer, R., Allen, J., Rush, J., & Blasey, C. (2004). Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 83, 89-95.
- McNeill, J., Alderdice, F., & McMurray, F. (2006). A retrospective cohort study exploring the relationship between antenatal reflexology and intranatal outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12, 119-125.
- Nesheim, B., & Kinge, R. (2006). Performance of acupuncture as labor analgesia in the clinical setting. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(4), 441-443.
- Nabb, M., Kimber, L., Haines, A., & McCourt, C. (2006). Does regular massage from late pregnancy to birth decrease maternal pain perception during labour and birth?—A feasibility study to investigate a programme of massage, controlled breathing and visualization, from 36 weeks of pregnancy until birth. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12, 222-231.
- Narendran, S., Nagarathna, R., Gunasheela, S., & Nagendra, H. (2005). Efficacy of yoga in pregnant women with abnormal doppler study of umbilical and arteries. *Journal of the Indian Medical Association*, 103(1), 12-17.
- Narendran, S., Nagarathna, R., Gunasheela, S., Narendran, V., & Nagendra, H. (2005). Efficacy of yoga on pregnancy outcome. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(2), 237-244.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2002). *What is alternative and complementary medicine*. Recuperado de <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>
- Neiri, I., Airola, G., Contu, G., Allais, G., Facchietenetti, F., & Benedetto, C. (2004). Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 15, 247-252.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre la medicina tradicional y la medicina complementaria y alternativa (MT/MCA)*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf)
- Skilnand, E., Fossen, D., & Heiberg, E. (2002). Acupuncture in the management of pain in labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 943-948.
- Stamp, G., Kruzins, G., & Crowther, C. (2001). Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 322, 1277-1280.
- Waters, B., & Raisler, J. (2003). Ice Massage for the reduction of labor pain. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48, 317-321.
- Zeisler, H., Tempfer, C., Mayerhofer, K., Barrada, M., & Husslein, P. (1999). Influence of acupuncture on duration of labor. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 46, 22-25.