



## RECOMENDACIÓN TRATAMIENTO

### INFORME DE BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE EFECTOS DESEABLES E INDESEABLES Guía de Práctica Clínica de Analgesia del Parto - 2019

#### A. PREGUNTA CLÍNICA

La pregunta originalmente planteada por el panel elaborador de la guía se fue precisando en conjunto con el equipo metodológico, con la intención de ir seleccionando la evidencia que más se ajustaba a la incertidumbre clínica del panel. Por lo mismo, se decidió dividir la pregunta original en tres alternativas no farmacológicas: Termoterapia, balón kinésico y masoterapia. Este informe tiene por objetivo abordar la pregunta asociada a masoterapia.

**Pregunta clínica original:** En mujeres en trabajo de parto ¿Se debe “usar medidas analgésicas no farmacológicas” en comparación a “no usar”?

**Pregunta clínica reformulada:** En mujeres en trabajo de parto ¿Se debe realizar masoterapia comparado con no realizar?

#### Análisis y definición de los componentes de la pregunta en formato PICO

**Población:** Mujeres en trabajo de parto.

**Intervención:** Realizar masoterapia.

**Comparación:** No realizar.

**Desenlaces (outcomes):** Dolor, resultados neonatales, satisfacción usuaria, necesidad de analgesia neuroaxial, necesidad de conducción oxiótica, vía del parto, duración del trabajo de parto, efectos adversos.

#### B. MÉTODOS

Se realizó una búsqueda general de revisiones sistemáticas sobre parto y trabajo de parto (ver Anexo 1: estrategia de búsqueda). Las bases de datos utilizadas fueron: Cochrane database of systematic reviews (CDSR); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); HTA Database; PubMed; LILACS; CINAHL; PsycINFO; EMBASE; EPPI-Centre Evidence Library; 3ie Systematic Reviews and Policy Briefs Campbell Library; Clinical Evidence; SUPPORT Summaries; WHO institutional Repository for information Sharing; NICE public health guidelines and systematic reviews; ACP Journal Club; Evidencias en Pediatría; y The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un investigador o clínico experimentado resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Finalmente, se seleccionaron las revisiones sistemáticas (y los estudios

incluidos en éstas) correspondientes a la temática y se clasificaron en función de las preguntas a las que daban respuesta.

Los resultados de la búsqueda se encuentran alojados en la plataforma Living Overview of the Evidence (L-OVE), sistema que permite la actualización periódica de la evidencia.

## C. RESULTADOS

### Resumen de la evidencia identificada

Se buscaron revisiones sistemáticas analizando estudios en mujeres en trabajo de parto, en los cuales se compara un grupo que es manejado mediante masoterapia convencional, comparado con un grupo que es manejado sin esta intervención. Se identificaron 8 revisiones sistemáticas que incluyeron 18 estudios primarios, de los cuales 17 corresponden a ensayos aleatorizados. Para más detalle ver “*Matriz de evidencia*”<sup>1</sup>, en el siguiente enlace: [Masaje terapéutico para aliviar el dolor durante el trabajo de parto.](#)

Tabla 1: Resumen de la evidencia identificada

Revisiones sistemáticas	8 [1-8]
Estudios primarios	17 ensayos aleatorizados [9-25], 1 observacional [26]

### Selección de la evidencia

Se realizó un análisis de la matriz de evidencia, identificándose que todas las revisiones sistemáticas y 16 ensayos [9-17, 19-25] son relevantes, ya que abordan específicamente los componentes de la pregunta priorizada por el panel. Un estudio [18] fue excluido ya que corresponde a un estudio cuasi-aleatorizado.

### Estimador del efecto

Al analizar la evidencia identificada, se concluyó que existe una revisión sistemática [8] que:

1. Incluye la mayoría de los estudios posiblemente relevantes [9-12, 15-16, 20-22, 24-25], considerando que según la metodología GRADE<sup>2</sup> los estudios observacionales no se deben incorporar al análisis cuando no incrementan la certeza de la evidencia ni aportan información adicional relevante.
2. Entrega un estimador agregado del efecto (metanálisis) para los desenlaces de interés.

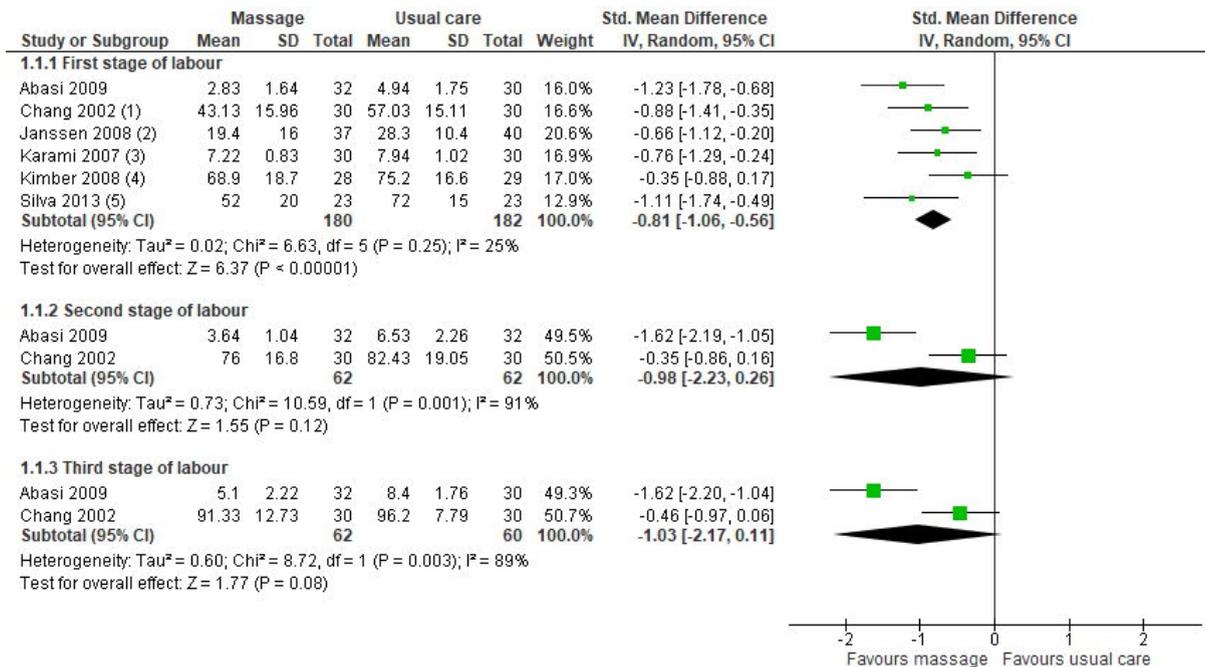
Por lo tanto, se decidió utilizar la información proveniente de esta revisión, agregando los datos de los estudios faltantes, para construir la tabla de resumen de resultados. Sin embargo, cinco de los ensayos no pudieron ser incluidos [13, 14, 17, 19, 23] por encontrarse en idioma persa. No obstante, las conclusiones de éstos no difieren del resto de los ensayos.

<sup>1</sup> **Matriz de Evidencia**, tabla dinámica que grafica el conjunto de evidencia existente para una pregunta (en este caso, la pregunta del presente informe). Las filas representan las revisiones sistemáticas y las columnas los estudios primarios que estas revisiones han identificado. Los recuadros en verde corresponden a los estudios incluidos en cada revisión. La matriz se actualiza periódicamente, incorporando nuevas revisiones sistemáticas pertinentes y los respectivos estudios primarios.

<sup>2</sup> Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Montori V, Akl EA, Djulbegovic B, Falck-Ytter Y, Norris SL, Williams JW Jr, Atkins D, Meerpohl J, Schünemann HJ. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence--study limitations (risk of bias). J Clin Epidemiol. 2011 Apr;64(4):407-15. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.017. Epub 2011 Jan 19. PubMed PMID: 21247734

## Metanálisis

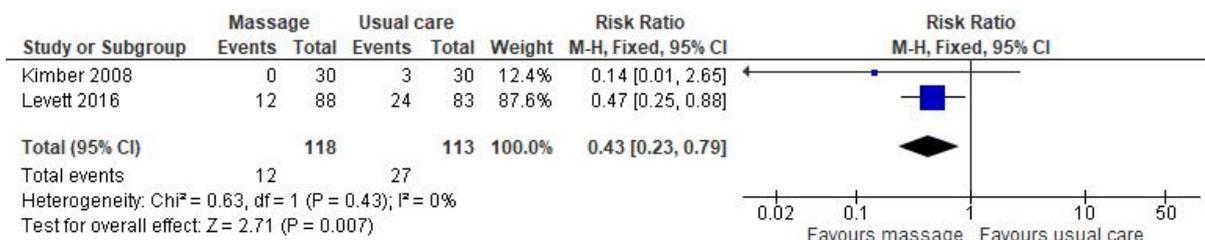
### Dolor



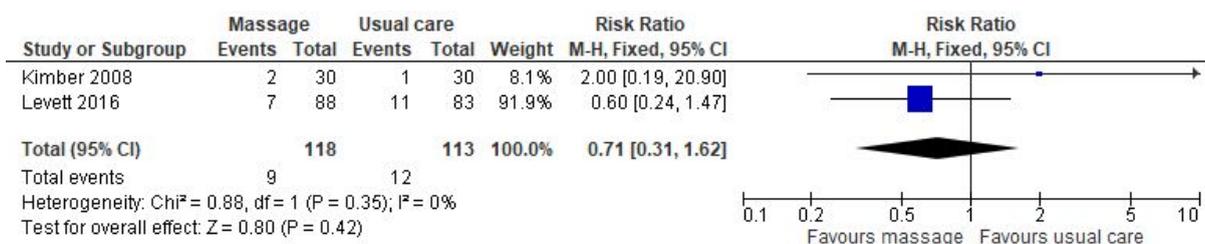
#### Footnotes

- (1) the self-reported present pain intensity (PPI) scale
- (2) McGill Present Pain Intensity Scale
- (3) VAS scale
- (4) VAS scale
- (5) VAS scale

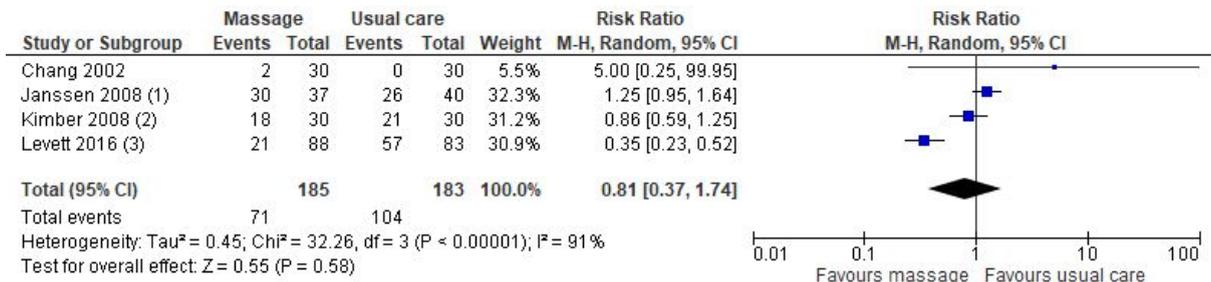
### Necesidad de reanimación



### Admisión a UCI neonatal



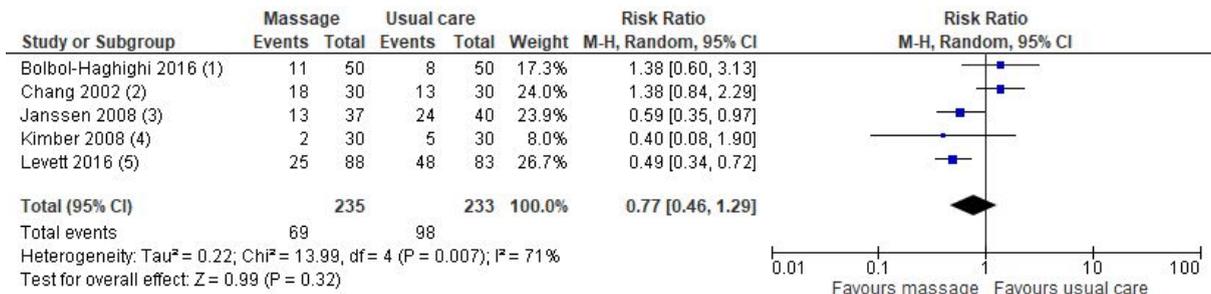
### Necesidad de analgesia



**Footnotes**

- (1) epidural
- (2) Any pharmacological analgesia
- (3) Epidural

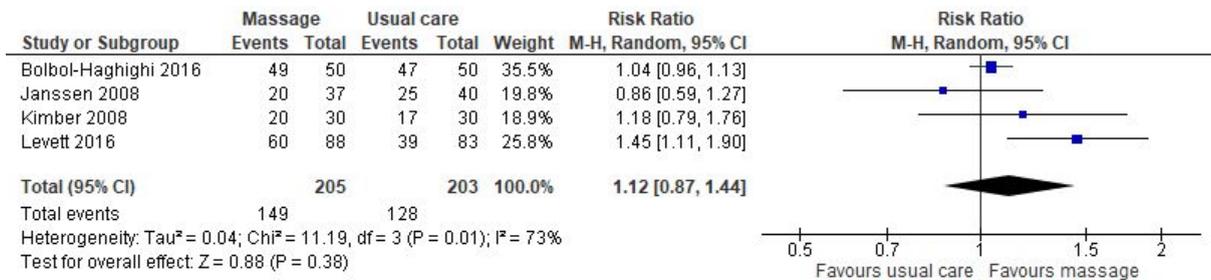
**Necesidad de conducción oxitócica**



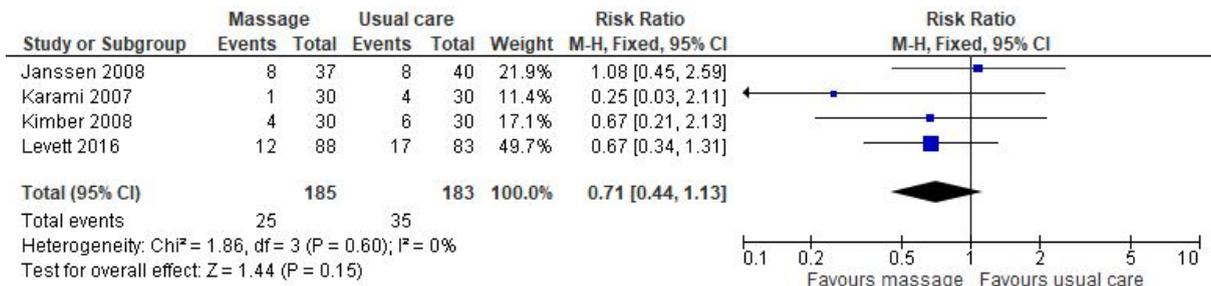
**Footnotes**

- (1) Oxytocin
- (2) Oxytocin augmentation
- (3) Amniotomy
- (4) Amniotomy
- (5) Oxytocin

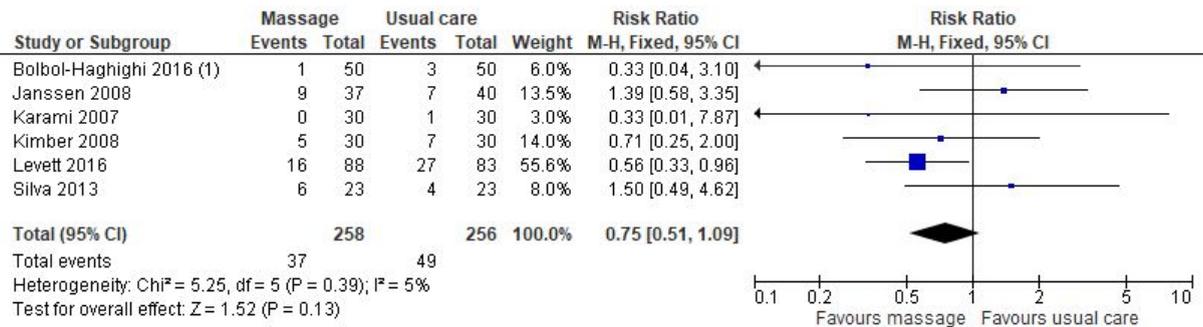
**Vía del parto: vaginal**



**Vía del parto: asistido**



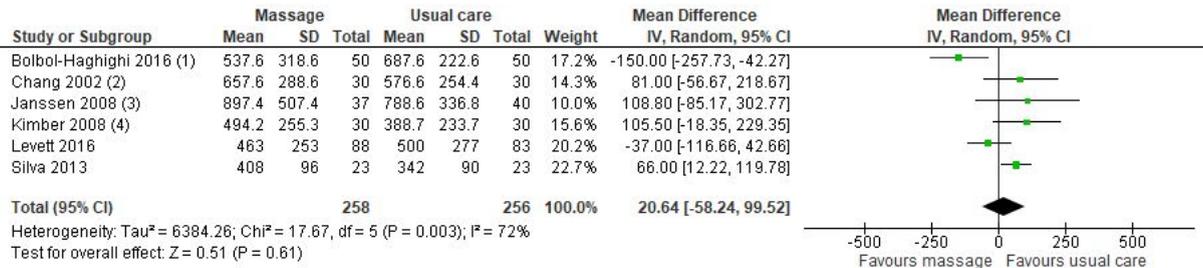
**Vía del parto: cesárea**



**Footnotes**

(1) Includes caesarean and vacuum birth

**Duración del trabajo (minutos)**



**Footnotes**

- (1) First stage of labour
- (2) Reported in hours - multiplied by 60
- (3) First stage only
- (4) Mean of total labour duration

Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

REALIZAR MASOTERAPIA EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO.						
Población	Mujeres en trabajo de parto.					
Intervención	Realizar masoterapia.					
Comparación	No realizar.					
Desenlaces***	Efecto relativo (IC 95%) -- Mujeres estudios /	Efecto absoluto estimado*			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
		SIN masoterapia	CON masoterapia	Diferencia (IC 95%)		
Dolor - primera etapa del trabajo de parto****	-- 362 Mujeres / 6 ensayos [9, 11, 15, 16, 20, 24]	DME**: 0,81 menos (0,56 a 1,06 menos)			⊕⊕⊕○ <sup>1</sup> Moderada	Realizar masoterapia probablemente disminuye el dolor en mujeres en primera etapa del trabajo de parto en trabajo de parto.
Dolor - segunda etapa del trabajo de parto****	-- 124 Mujeres / 2 ensayos [9, 11]	DME**: 0,98 menos (2,23 menos a 0,26 más)			⊕⊕○○ <sup>1,2</sup> Baja	Realizar masoterapia podría disminuir el dolor en mujeres en segunda etapa del trabajo de parto, pero la certeza de la evidencia es baja.
Dolor - tercera etapa del trabajo de parto****	-- 122 Mujeres / 2 ensayos [9,11]	DME**: 1,03 menos (2,17 menos a 0,11 más)			⊕⊕○○ <sup>1,2</sup> Baja	Realizar masoterapia podría disminuir el dolor en mujeres en tercera etapa del trabajo de parto, pero la certeza de la evidencia es baja.
Necesidad de reanimación del recién nacido	RR 0,43 (0,23 a 0,79) -- 231 Mujeres / 2 ensayos [20, 21]	239 por 1000	103 por 1000	Diferencia: 136 menos (50 a 184 menos)	⊕⊕○○ <sup>1,5</sup> Baja	Realizar masoterapia podría disminuir la necesidad de reanimación del recién nacido, pero la certeza de la evidencia es baja.
Admisión a UCI neonatal	RR 0,71 (0,31 a 1,62) -- 231 Mujeres / 2 ensayos [20, 21]	106 por 1000	75 por 1000	Diferencia: 31 menos (73 menos a 66 más)	⊕○○○ <sup>1,6</sup> Muy baja	Realizar masoterapia podría disminuir la admisión a UCI neonatal. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Satisfacción usuaria	Dos ensayos reportaron satisfacción materna con la experiencia: Un ensayo [11] reportó sin cambios en satisfacción medido en una escala de 0 a 5 puntos, donde a mayor puntaje, mayor satisfacción (DM: 0,47 más; IC 95% 0,13 menos a 1,07 más). Otro ensayo [20] reportó la cantidad de mujeres que auto reportaban como una experiencia satisfactoria, presentando un RR 1,90 (IC 95% 1,07 a 3,38).				⊕○○○ <sup>1,3,4</sup> Muy baja	No es posible establecer con claridad si realizar masoterapia tiene impacto en satisfacción usuaria, debido a que la certeza de la evidencia existente ha sido evaluada como muy baja.
Necesidad de analgesia farmacologica	RR 0,81 (0,37 a 1,74) -- 368 Mujeres / 4 ensayos [11, 15, 20, 21]	568 por 1000	460 por 1000	Diferencia: 108 menos (358 menos a 421 más)	⊕○○○ <sup>1,2,3</sup> Muy baja	Realizar masoterapia podría disminuir la necesidad de analgesia. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Necesidad de conducción oxitócica	RR 0,77 (0,46 a 1,29) -- 468 Mujeres / 5 ensayos [10, 11, 15, 20, 21]	421 por 1000	324 por 1000	Diferencia: 97 menos (227 menos a 122 más)	⊕○○○ <sup>1,2,3</sup> Muy baja	Realizar masoterapia podría disminuir la necesidad de conducción oxitócica. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Vía del parto: vaginal	RR 1,12 (0,87 a 1,44) -- 408 Mujeres / 4 ensayos [10, 15, 20, 21]	631 por 1000	706 por 1000	Diferencia: 75 más (82 menos a 277 más)	⊕○○○ <sup>1,2,6</sup> Muy baja	Realizar masoterapia podría aumentar los partos vaginales. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Vía del parto: instrumental	RR 0,71 (0,44 a 1,13) -- 368 Mujeres / 4 ensayos [15, 16, 20, 21]	191 por 1000	136 por 1000	Diferencia: 55 menos (107 menos a 25 más)	⊕○○○ <sup>1,6</sup> Muy baja	Realizar masoterapia podría disminuir los partos asistidos. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.

Vía del parto: cesárea	RR 0,75 (0,51 a 1,09) -- 514 Mujeres / 6 ensayos [10, 15, 16, 20, 21, 24]	191 por 1000	144 por 1000	Diferencia: 47 menos (94 menos a 17 más)	 1,6 Muy baja	Realizar masoterapia podría disminuir las cesáreas. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Duración del trabajo de parto (minutos)****	-- 514 Mujeres / 6 ensayos [10, 11, 15, 20, 21, 24]	550 minutos	570,6 minutos	DM: 20,64 más (58,24 menos a 99,52 más)	 1,2 Baja	Realizar masoterapia podría tener poco impacto en la duración del trabajo de parto, pero la certeza de la evidencia es baja.
Efectos adversos	El desenlace de los efectos adversos no fue medido o reportado.			--	--	--

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%. // RR: Riesgo relativo. // DM: Diferencia de medias. // DME: Diferencia de medias estandarizada.

GRADE: Grados de evidencia *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*.

\*Los riesgos/promedio **SIN masoterapia** están basados en los riesgos/promedio del grupo control en los estudios. El riesgo/promedio **CON masoterapia** (y su margen de error) está calculado a partir del efecto relativo/diferencia de medias (y su margen de error).

\*\* La diferencia media estandarizada se utiliza cuando el desenlace ha sido medido en diferentes escalas, siendo difícil su interpretación clínica. Comúnmente se acepta que valores cercanos a 0,2 tendrían poca relevancia clínica, valores de 0,5 tendrían relevancia moderada (se reconoce clínicamente) y valores superiores a 0,8 tendrían relevancia alta.

\*\*\*Seguimiento hasta el parto.

\*\*\*\*Dolor durante trabajo de parto medido en escala visual análoga (EVA) que evalúa dolor con puntajes que van de 0 a 10 puntos, donde mayor puntaje es mayor dolor. Una revisión sistemática [27] que evaluó el alivio del dolor en pacientes con dolor agudo, concluyó que la diferencia mínima significativa sería de 17 mm promedio (rango 8 a 40 puntos) en una escala EVA de 0 a 100. Esto equivaldría a una diferencia mínima significativa de 1,6 puntos promedio en la escala utilizada.

\*\*\*\*\*Duración del trabajo de parto medido en minutos. No se identificaron estudios que evalúen la diferencia mínima clínicamente relevante.

<sup>1</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo, ya que la mayoría de los ensayos presenta limitaciones metodológicas importantes (generación de secuencia de aleatorización, ocultamiento de ésta, falta de ciego, pérdidas importantes de paciente, reporte selectivo, entre otras).

<sup>2</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por inconsistencia, debido a que se observó heterogeneidad significativa (I<sup>2</sup>>70%).

<sup>3</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, ya que cada extremo del intervalo de confianza lleva a una decisión diferente.

<sup>4</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por inconsistencia, ya que diferentes ensayos presentan diferentes conclusiones.

<sup>5</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, debido a que el ensayo incluye una baja cantidad de pacientes y eventos, por lo cual no se puede descartar que sus resultados sean producto del azar.

<sup>6</sup> Se disminuyó dos niveles de certeza de evidencia por imprecisión, ya que cada extremo del intervalo de confianza lleva a una decisión diferente. Además los ensayos incluyen una baja cantidad de pacientes, por lo cual no se puede descartar que sus resultados sean producto del azar.

**Fecha de elaboración de la tabla:** Octubre, 2019.

## REFERENCIAS

1. Angelo, Priscylla Helouyse Melo, Ribeiro, Karla Cristine Lopes, Lins, Luana Guedes, Rosendo, Alane Macatrão Pires de Holanda Araújo, Sousa, Vanessa Patrícia Soares de, Micussi, Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral. Non pharmacological resources: physical therapy practice in labor, a systematic review. *Fisioterapia Brasil*. 2016;17(3):f: 285-I: 292.
2. Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné GP, Moutquin JM, Rossignol M, Dugas M, Wassef M, Bonapace J. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth (Berkeley, Calif.)*. 2014;41(2):122-37.
3. Ganji J., Jafari Z., Keramat A.. The effectiveness of massage on labor pain and duration of labor: Systematic review. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015;18(158):19-26.
4. Gayeski, Michele Ediane, Brüggemann, Odaléa Maria. Non-pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review. *Texto & contexto enferm*. 2011;19(4):774 - 782.
5. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2004;191(1):36-44.
6. Ranjbaran M, Khorsandi M, Matourypour P, Shamsi M. Effect of Massage Therapy on Labor Pain Reduction in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Clinical Trials in Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2017;22(4):257-261.
7. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2006;(4):CD003521.
8. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;3:CD009290.
9. Abasi Z, Abedian Z, Hasanpour Azghadi SB, Fadaei A, Esmaeili H. [Study of the effects of massage therapy on the labor intensity fatigue]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2007;14(3):172-8.
10. Bolbol-Haghighi N, Masoumi SZ, Kazemi F. Effect of Massage Therapy on Duration of Labour: A Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. 2016;10(4):QC12-5.
11. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of advanced nursing*. 2002;38(1):68-73.
12. Field T, Hernandez-Reif M, Taylor S, Quintino O, Burman I. Labor pain is reduced by massage therapy. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 1997;18(4):286-91.
13. Foroud A, Foroud A, Mehdipour S.. The effects of breathing patterns and massage on the pain and perception of labor in primiparous women. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2006;
14. Hosseini S, Asadi N, Zareei F.. Investigating the effect of massage therapy on labor in the active stage of first labor. *Iran J Nurs Res*.. 2014;
15. Janssen P, Shroff F, Jaspas P. Massage therapy and labor outcomes: a randomized controlled trial. *International journal of therapeutic massage & bodywork*. 2012;5(4):15-20.
16. Karami NK, Safarzedeh A, Fathizadeh N. Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2007;12(1):6-9.

17. Kaviani M, Gholami Z, Azima S, Abbasnia K, Rajaifard A.. The Comparison of Superficial and Vibration Massages on Backache during Labor in Primiparous Women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2011;
18. Khavandizadeh Aghdam S, Adib A, Kazemzede R.. The Effects of Massage during Labor on Pain and Length of Delivery in Nulliparous Women. 2014;
19. Khodakarami N, Safarzadeh A, Fathizadeh N. The effects of massage therapy on labour pain severity and pregnancy outcome. *Eur J pain.* 2006;10(suppl. S1):S214.
20. Kimber, L., McNabb, M., Mc Court, C., Haines, A., Brocklehurst, P.. Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomised placebo controlled trial. *European Journal of Pain.* 2008;12(8):961-969.
21. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ open.* 2016;6(7):e010691.
22. Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Vasegh Rahimparvar SF. Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Archives of gynecology and obstetrics.* 2012;286(1):19-23.
23. Safarzadeh AM, Khodakarami N, Fathizadeh N, Safdari Dehcheshmeh F.. The effect of massage therapy on the severity of labor in primiparous women. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2008;
24. Silva Gallo RB, Santana LS, Jorge Ferreira CH, Marcolin AC, Polineto OB, Duarte G, Quintana SM. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of physiotherapy.* 2013;59(2):109-16.
25. Taghinejad H, Delpisheh A, Suhrabi Z. Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. *Women's health (London, England).* 2010;6(3):377-81.
26. Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. *Rev Latinoam Enferm.* 2007;15(6):1150-6.
27. Olsen MF, Bjerre E, Hansen MD, Hilden J, Landler NE, Tendal B, Hróbjartsson A. Pain relief that matters to patients: systematic review of empirical studies assessing the minimum clinically important difference in acute pain. *BMC Med.* 2017 Feb 20;15(1):35

#### **ANEXO 1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**

- #1 (labour\* OR labor OR ((pregn\*OR women OR woman OR matern\*))
- #2 massage\*
- #3 #1 AND #2