



2. HISTORIA DEL USO DE HALOPERIDOL EN EL PARTO.

Aunque ahora se argumente que el haloperidol se usa para prevenir las náuseas que da la Dolantina, el **origen histórico del coctel desmiente** esa indicación. El uso de esta combinación de opiáceos y neurolépticos se remonta a los años 50, coincidiendo con el descubrimiento de los primeros neurolépticos: la clorpromazina y el haloperidol. El primer antipsicótico, la clorpromazina se descubrió en 1952. Pocos años después, en 1958, Paul Janssen descubrió el haloperidol partiendo precisamente de la meperidina. Uno de los primeros aspectos que llamó la atención del haloperidol fue su capacidad para controlar las crisis de agitación extrema en enfermos psiquiátricos. Ambos fármacos, clorpromazina y haloperidol, se convirtieron en la primera línea de tratamiento para la esquizofrenia durante décadas, mediante su efecto bloqueante de los receptores de dopamina D2 (Sheares, 1957).

El llamado “coctel lítico”: la combinación de clorpromazina (antipsicótico) con prometazina (antihistamínico) y meperidina (opioide) se empezó a probar en los años cincuenta tanto con el fin de lograr una analgesia que, sin dormir del todo a los pacientes quirúrgicos (como sucede con la anestesia general), les inmovilizara, es decir, facilitar que estuvieran quietos durante la intervención. Enseguida se observó su eficacia para tratar de forma rápida la agitación de los enfermos en fase maniaca. Dos anesthesiólogos belgas, J. De Castro y P. Mundeleer, bautizaron, en 1959 esta técnica como **neuroleptoanalgesia** (neurolépticos y analgesia), en la que combinaban un tranquilizante mayor neuroléptico, por lo general el droperidol o la clorpromazina, con un potente analgésico narcótico opiáceo, el fentanilo o la petidina, con lo que **se conseguía sedación (la persona esta quieta), analgesia e indiferencia psíquica**, sin pérdida de la conciencia.

El uso de neurolépticos por lo tanto no se hacía para tratar las náuseas, sino para potenciar la sedación que producían los opiáceos y especialmente para lograr ese efecto inmovilizador y de indiferencia psíquica.

La primera referencia al uso del coctel lítico en el parto la encontramos en 1956, cuando se dio clorpromazina junto con petidina y prometazina a mujeres que tenían preeclampsia o eclampsia (una gravísima complicación obstétrica que cursa con proteinuria, hipertensión y convulsiones, y que en muchos casos puede ser letal), con el fin de prevenir



y/o minimizar el movimiento que tenían al convulsionar y prevenir además el shock (Hudson & Siew, 1956; Sheares, 1957). En aquel tiempo en que no había tratamiento eficaz para la eclampsia se puede entender el que se diera un neuroléptico para evitar el movimiento de las crisis convulsivas. Este uso en el parto cuando había eclampsia se mantuvo durante algún tiempo en países como India, aunque pronto se abandonó por el tratamiento mucho más eficaz de la eclampsia con sulfato de magnesio. En 2010 una revisión de la Cochrane afirmó: “el uso del coctel lítico se debe suspender” (Duley, Gülmezoglu, & Chou, 2010).

Un trabajo de 1959 sobre la conveniencia de dar proclorperazina (otro antipsicótico) en el parto ya hablaba de “las atractivas propiedades de los tranquilizantes con la paciente obstétrica” (Vasicka & Kretchmer, 1959). En otro trabajo publicado en el BMJ en 1967 se señala que *“la ventaja más valiosa de la sedación en el parto es que hace que sea más fácil sugestionar a las pacientes”* (Crawford, 1967). En los años sesenta y setenta se publicaron varios trabajos donde se describía el uso del coctel lítico directamente para el tratamiento del dolor en el parto en Italia, Francia, Rusia, Ucrania, o Nueva Zelanda (Appiani, 1964; Hutchison & McQuillan, 1974; Monrozies, Lagorce, & Ferry, 1972; Pontonnier, Bertrand, Grandjean, Grand-Jean, & Bertrand, 1975). En todos esos trabajos se señalaba la conveniencia de dar un fármaco opioide para aliviar el dolor del parto acompañado del neuroléptico que producía esa quietud e indiferencia psíquica.

Una investigación publicada en México en 1974 señaló las posibles ventajas de asociar el droperidol (un fármaco muy similar al haloperidol, pero de acción mucho más rápida, más sedante y con más efecto antiemético) a la meperidina (Cruz-Montes, Pérez Tamayo, Romero Salinas, & Moreno-Martínez, 1974). Los autores afirmaban textualmente que:

“los tranquilizantes mayores producen una sedación psíquica y motora, con amortiguación neurovegetativa que se traduce en indiferencia psíquica y tranquilidad; o sea, una neutralidad emocional”.

No hemos encontrado referencias sobre en qué momento concreto se decide usar el haloperidol en el parto nuestro país. Con la introducción y posterior generalización de la anestesia epidural a partir de los años ochenta como principal alivio farmacológico del dolor en el parto, el uso del coctel lítico fue extinguiéndose. En muchos lugares se siguió usando la Dolantina para el dolor de los pródromos, y se optó por el uso de otros fármacos para tratar las náuseas que producía como la metoclopramida o la prometazina.