



POSICIONAMIENTO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA PERINATAL (AEPP) Y LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD MENTAL PERINATAL (MARES) RESPECTO AL USO DE HALOPERIDOL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Dentro de los protocolos para el manejo del dolor en mujeres gestantes durante la fase de pródromos o fase latente del parto, se encuentran los fármacos opioides, cuyo uso está respaldado a nivel científico (1) y reflejado en el Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud (2), así como en las guías clínicas de atención al parto (3,4). Dado que los opioides pueden provocar, como efecto secundario, náuseas y vómitos, se recomienda administrar, de forma concomitante, un fármaco antiemético, siendo los más descritos en la literatura científica la prometazina (perteneciente al grupo de los antihistamínicos) y la metoclopramida (perteneciente al grupo de los neurolepticos) (1). A pesar de dos publicaciones españolas (5,6) y guías de atención al parto (7,8) que mencionan el uso de haloperidol como antiemético para prevenir las náuseas del opioide en mujeres durante la fase latente del parto, no hay literatura científica a nivel mundial que avale la utilización del haloperidol para tal fin.

Es por ello que, desde ambas Asociaciones recomendamos:

1. Que los protocolos terapéuticos durante el proceso de parto para evitar el dolor, deben estar **basados en la evidencia**, tal como recomienda la OMS (9).

Teniendo en cuenta que:

- a. No hay evidencia científica que avale el uso de haloperidol como antiemético asociado al opioide durante el parto
- b. Puede conducir a una sedación no apropiada para ese momento

Consideramos que debería excluirse el uso de haloperidol en los protocolos para aliviar el dolor durante el parto, tal como ya se ha procedido en la mayoría de los hospitales españoles.

2. Asegurar que se obtenga siempre el **consentimiento informado** antes de administrar fármacos a la mujer durante el parto, incluidos los psicofármacos. La necesidad de consentimiento informado está establecida en el art. 4.1 de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Por otra parte, tal como establece uno de los diez principios que establece la OMS respecto al cuidado perinatal “Los cuidados durante el parto deben implicar a las mujeres en la toma de decisiones” (9).

Así mismo, queremos tranquilizar a las madres que hayan recibido dicho tratamiento durante el parto, respecto a la salud de sus bebés. Los estudios realizados en madres expuestas a fármacos neurolépticos hasta el final del embarazo, no reportan complicaciones relevantes en los recién nacidos (10) y, concretamente el haloperidol, ofrece resultados similares al resto de neurolépticos (11).

REFERENCIAS

1. Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 26];6(6):CD007396. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29870574>
2. Tejero-Lainez C. Estrategias de atención al parto normal y de salud reproductiva en el sistema nacional de salud en España. Med Natur. 2013;7(1).
3. Santos Redondo P, Al-Adib Mendiri M. Estrategia de Atención al parto normal en el servicio extremeño de salud. Extremadura: Servicio Extremeño de Salud; 2013.
4. Innovación E, SOCIAL YP. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, consultado el; 2010. p. 11.
5. Calderón E, Martínez E, Román MD, Pernio A, García-Hernández R, Torres L. Revista de la Sociedad Española del Dolor. [Internet]. Vol. 13, Revista de la Sociedad Española del Dolor. Editorial Garsi; 2006 [cited 2021 Mar 26]. 462–467 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462006000700003

6. Fernández-Arranz J, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos AM, Moro-Tejedor MN. Birthing ball versus pethidine and haloperidol in satisfaction with childbirth. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 26];29(4):234–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30902579>
7. Matronas. Guía de parto de baja intervención [Internet]. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. 2009. Available from: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Nuestro Protocolo Parto/GUIA DE PARTO DE BAJA INTERVENCION.pdf>
8. Amezcua Recover, A., Jiménez, V., López Soria, E., Salas Galiano, M. M., Martínez Hortelano, J. A., Molero Toledo, I., ... & Campillo Poveda E. Valoración y manejo del dolor en el parto y puerperio. Gerencia de Atención Integrada de Albacete. 2017.
9. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* [Internet]. 2001 Sep [cited 2021 Mar 26];28(3):202–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11552969>
10. McKenna K, Koren G, Tetelbaum M, Wilton L, Shakir S, Diav-Citrin O, et al. Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: a prospective comparative study. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2005 Apr [cited 2021 Mar 27];66(4):444–9; quiz 546. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15816786>
11. Newport DJ, Calamaras MR, DeVane CL, Donovan J, Beach AJ, Winn S, et al. Atypical antipsychotic administration during late pregnancy: placental passage and obstetrical outcomes. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007 Aug [cited 2021 Mar 27];164(8):1214–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17671284>