

UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

**Facultad de Ciencias de la Salud
Grado de Enfermería**

**El uso preventivo de
haloperidol como
antiemético en la analgesia
opiácea durante el parto**

¿es una práctica basada en la evidencia científica?

**Trabajo de Fin de Grado
Ana Polo Gutiérrez**

Tutora: Marta Rodríguez Sánchez

Madrid, junio de 2011

*“Las estrellas comienzan a brillar sobre las rocas;
El largo día avanza hacia su fin; la lenta luna asciende;
Los hondos lamentos son ya de muchas voces.
Venid, amigos míos.
No es demasiado tarde para buscar un mundo nuevo.”*

Ulises
Alfred Lord Tennyson

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. El parto	4
CAPÍTULO 2. El dolor en el parto	12
CAPÍTULO 3. Alivio del dolor en el parto	21
CAPÍTULO 4. Analgesia opiácea en el parto	26
CAPÍTULO 5. Haloperidol antiemético preventivo en el parto	33
ANEXO. Ficha del Haloperidol	43
BIBLIOGRAFÍA	53

CAPÍTULO 1. EL PARTO.

I

Vamos a echar una mirada sobre lo que sucede en la mayoría de los partos que ocurren en el globalizado modelo biomédico. Casi todos los partos transcurren en una institución sanitaria, clínica u hospital, donde el principal objetivo es “sacar” a un bebé relativamente sano, no importa de qué manera. A partir de este pensamiento se han establecido una serie de rutinas, que como tales han perdido su sentido original, el objetivo específico por el cual pueden ser necesarias. La generalización y banalización de estas prácticas han crecido para daño de la madre y del bebé.

El parto que no es una enfermedad, ni requiere de la tecnología médica salvo en ocasiones excepcionales, supone el mayor porcentaje de los ingresos e intervenciones hospitalarias de los sistemas de salud en los países occidentales.

En diciembre de 1987, la prestigiosa revista Lancet publicó un artículo que resumía las conclusiones de ocho estudios llevados a cabo en Australia, Estados Unidos y Europa. El objetivo de todos estos estudios, en los que estaban implicados decenas de miles de nacimientos, era comparar dos grupos de mujeres; en el primero, el parto se controlaba mediante monitorización electrónica fetal, y en el segundo, una comadrona auscultaba el latido del corazón del bebé de forma intermitente. La conclusión a la que se llegó es que no había ninguna diferencia entre ambos grupos en cuanto al número de bebés vivos al nacer o el número de bebés que gozaban de un buen estado de salud. El único efecto detectable producido por el uso de la monitorización electrónica fue el aumento de cesáreas y fórceps. De modo que la utilización del monitor electrónico durante el parto resulta peligrosa, hace que el parto sea más difícil y por lo tanto haya que salvar a más bebés con más intervenciones. Gracias a la literatura científica más rigurosa, todo el mundo está al corriente de estos hechos. Ahora sólo nos falta dar el siguiente paso, es decir, tomar conciencia de las implicaciones que conlleva.

Los partos tienden a ser parecidos, en cuanto a duración, dolor y “resultados”. Casi todas las decisiones se toman en función de terminar lo más rápido posible. Rápido se convirtió en mejor. Cuando una mujer completa un parto en poco tiempo, se considera “un buen parto”. También prevalece la intención de esquivar el dolor. Aunque “dolor” es diferente a “sufrimiento”. El sufrimiento se padece cuando la mujer se siente sola, desprotegida, humillada o siente que no está haciendo lo correcto. Cuando está en posición decúbito supino, acostada, con suero, sin poder comer, beber o moverse; escuchando amplificadas los latidos del bebé y tratando de adivinar qué significa la cara de la obstetra o la matrona después de cada tacto. Cuando escuchan un ultimátum “si en media hora no dilatas más, vamos a cesárea”; cuando no le permiten gritar o siente que al gritar está haciendo algo que está mal; cuando varios estudiantes

hacen prácticas realizando tactos; cuando rasuran su periné y ponen un enema; cuando inducen el parto con oxitocina sintética haciendo las contracciones mucho más dolorosas, intensas y seguidas e inhibiendo la producción natural de oxitocina, la hormona del amor; cuando cortan el periné con una episiotomía en las paredes de su vagina; cuando sufren una cesárea no necesaria... Cuando somos maltratadas con prácticas innecesarias que las investigaciones científicas muestran que, se mire por donde se mire, no hacen ningún bien, salvo raras excepciones, sino que pueden causar daños a veces graves y permanentes.

Estos ejemplos ilustran la cuestión de si las intervenciones que realizamos los sanitarios en los partos ayudan o dificultan. A muchos sanitarios les resulta difícil creer todos estos hechos e integrarlos, como una prioridad incuestionable, en su práctica diaria.

La mayoría de las mujeres guardamos recuerdos de sufrimiento pero no tenemos conciencia del maltrato que hemos recibido.

Existe un abismo entre la forma de actuar actual y la práctica respaldada por la bibliografía científica. La práctica obstétrica no refleja la evidencia científica, porque en general, los ginecólogos y matronas basan sus actuaciones en un conjunto de creencias preconcebidas. Amoldar la atención a las embarazadas a las creencias propias no es nada extraordinario: todas las culturas lo hacen y lo han hecho durante miles de años, separando a la madre del bebé para acabar con el instinto protector maternal que va en contra de las sociedades depredadoras.

Una característica de las creencias es que tiñen inconscientemente todo lo que piensan y hacen quienes las adoptan. Los creyentes “saben” que su forma de pensar y hacer las cosas es la única correcta. Esto significa que la obstetricia carece de mecanismos de autocorrección. La investigación no hace que cambie la práctica, porque una característica básica de las creencias es que las pruebas en contra no les afectan: *mis creencias son firmes, no las perturbe con verdades*. Por esta razón, cualquier cosa que no se ajuste a las creencias obstétricas será rechazada o rebatida, y las que sí lo hagan serán aceptadas sin rechistar. Ello les impide admitir que, con frecuencia, el intervencionismo no funciona y, lo que es más importante, que *la medicalización del parto puede causar daño*.

Cuando la profesión se basa en la creencia de que lo esperable es que el embarazo y el parto marchen bien la mayoría de las veces y en prestar privacidad más que en intervenir, el modelo de asistencia al parto logra resultados igualmente buenos y muchas veces mejores, permitiendo a la mujer y al bebé parir y nacer rodeados de respeto y cuidado y que el inicio del vínculo “mamá-bebé” sea el mejor posible para desarrollar la capacidad de amar, que se establece en gran medida en el periodo perinatal a través de la secreción de oxitocina.

II

Hasta hace poco no se pensaba ni se investigaba cómo se desarrollaba la capacidad de amar. Actualmente, ante la necesidad de un nuevo tipo de sociedad donde la depredación no sea el sistema de vida, sí se ha producido la “cientificación” del amor.

La oxitocina (*oxi*, rápido; *tocus*, nacimiento) se descubrió en 1909. Se descubrieron efectos mecánicos sobre los pechos, las vesículas seminales y durante el orgasmo. Recientemente la investigación científica ha mostrado que la oxitocina tiene efectos sobre el comportamiento. *Ahora conocemos que la oxitocina es la hormona que está en la capacidad de socializar y de amar.* Cuando sentimos confianza aumenta la oxitocina.

Hasta 1979 sólo se había investigado la introducción intramuscular o intravenosa de la oxitocina que producía los efectos mecánicos observados y fue en esa fecha cuando se introdujo la oxitocina en el cerebro de ratas vírgenes. Esas ratas vírgenes con oxitocina en su cerebro querían cuidar a los bebés ratas y los cuidaban.

La oxitocina sintética administrada por vía intramuscular o intravenosa no puede atravesar la barrera hematoencefálica de un adulto, por lo tanto no puede llegar al cerebro y no puede tener un efecto en el comportamiento de la madre. La administración intranasal sí la atraviesa, pero este sistema no se utiliza.

La oxitocina sintética administrada en el parto interfiere con la liberación de la oxitocina natural necesaria para la evolución fisiológica del parto y para la creación del vínculo mamá-bebé.

El goteo de oxitocina sintética es un sustituto de la oxitocina pituitaria que la mujer segrega de manera espontánea durante el parto. Puede ser usado para inducir el trabajo de parto o para lograr contracciones uterinas más efectivas en un trabajo de parto que comenzó espontáneamente. La necesidad de oxitocina sintética es el síntoma de un balance hormonal inapropiado, por lo tanto dependiente de factores ambientales y del entorno, y está relacionada con una disminución de la privacidad y del sentimiento de seguridad de la madre.

La diferencia básica entre los efectos de una inyección de oxitocina y los efectos de la misma hormona segregada por la glándula pituitaria, es que la primera no cruza la barrera de sangre del cerebro, es decir, no tiene efectos sistémicos, no tiene efectos sobre el comportamiento, no es una hormona del amor, es sólo la hormona de la contracción uterina. Sin embargo el parto necesita ser realizado con y por el amor, y no con y por la violencia, para poder criar a la criatura recién nacida para ser una persona que viva a favor del amor y no a favor de la violencia.

En nuestra especie, los efectos de este disturbio hormonal pueden ser atenuados por la influencia del ambiente cultural.

La oxitocina sintética sí atraviesa el cerebro del bebé porque este sistema de barrera entre la sangre y el cerebro en el bebé no es eficaz. No sabemos las consecuencias de la exposición a grandes dosis de oxitocina sintética para el bebé.

Resultados preliminares de una investigación pionera que está realizando un equipo de psiquiatría perinatal y neonatología de un hospital de Madrid, indican que, cuando menos, el inicio de la lactancia está perturbado en los bebés cuyas madres recibieron oxitocina sintética.

Todos los eventos que dependen de la secreción de oxitocina, principalmente el parto, el orgasmo y la lactancia, son altamente influenciados por factores ambientales o del entorno.

¿Qué tipo de ambiente puede inhibir a la mujer que da a luz? No podemos buscar información en ningún manual de la especie humana, en cambio podemos obtener ayuda en otras ramas de la ciencia que estudian el nacimiento en otras especies de mamíferos. Niles Newton estudio qué factores contribuían a que los partos fueran más largos, más difíciles y más peligrosos. Gracias a su obra sabemos qué se puede hacer para aumentar el nivel de dificultad de los partos de las hembras.

Una de las cosas que podemos hacer es trasladar a la hembra a un entorno que no le resulte familiar, es decir, a un lugar donde no pueda ni ver ni oler lo que normalmente ve en su vida cotidiana. También dificulta el parto el hecho de trasladarla de un lugar a otro mientras está dando a luz. Una jaula de cristal transparente también hace que el parto sea más difícil. Los mamíferos necesitan esconderse para dar a luz, es decir, necesitan intimidad.



Los especialistas en ginecología y obstetricia son cirujanos especializados en las patologías de los órganos reproductivos de la mujer. La formación que habitualmente reciben y el tratamiento que se hace de los partos, les hacen ver a las embarazadas y parturientas desde los potenciales problemas que pueden surgir, a pesar de que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos normales que no tienen más probabilidades de salir mal que, pongamos por caso, la digestión.

La mayoría de ginecólogos y matronas trabajan dentro del modelo médico, un modelo en el que los fármacos y las intervenciones son la respuesta para cualquier cosa que vaya mal. Sin embargo, las dificultades en el parto se resuelven habitualmente por sí mismas con jarabe de paciencia y remedios sencillos, y es raro que se requieran medidas extremas y arriesgadas que, cuando son necesarias, hay que aplicar. Los ginecólogos también están inmersos en una cultura general que cree que la tecnología es superior a la naturaleza y que las máquinas son más fiables que las personas. Y,

hasta hace muy poco, todos los ginecólogos eran hombres, incluso hoy, las ginecólogas y matronas siguen planes de estudio diseñados y supervisados en su mayor parte por hombres. La mayoría de los ginecólogos valoran la acción frente a la inactividad, y de ahí su inclinación por hacer algo, cualquier cosa, antes de estarse quietos, cuando quedarse quietos es lo mejor que pueden hacer en la mayoría de los partos. También se encuentran más cómodos en las relaciones verticales, lo cual explica por qué muchos de ellos se toman cualquier cuestionamiento de sus acciones como un desafío a su autoridad. De muchas matronas se puede decir lo mismo que de los ginecólogos.

IV

Para dar a luz a nuestros bebés las hembras de los mamíferos tenemos que segregarse determinadas hormonas que son segregadas por las estructuras más primitivas del cerebro, comunes a todas las mamíferas.

Para tener un bebé hemos sido programadas para segregarse un auténtico “cóctel de hormonas del amor” en el que la oxitocina es la principal hormona del amor y es muy tímida.

¿Por qué los mamíferos se esconden, se aíslan, para dar a luz? , ¿por qué esta necesidad universal de intimidad? Está claro que no es para protegerse de los depredadores o de los animales peligrosos, porque en este caso la estrategia sería precisamente la opuesta, buscarían la protección del grupo. Las hembras se esconden para protegerse de los miembros de su propio grupo.

El proceso del parto es un proceso cerebral. La parte del cerebro activa durante el parto es la parte primitiva, antigua, la que tenemos en común con el resto de mamíferos. Es el cerebro antiguo el que debe segregarse las hormonas necesarias para producir contracciones uterinas eficaces. Del mismo modo que en cualquier otro episodio de la vida sexual, la actividad de este cerebro puede bloquearse.

Las inhibiciones se producen desde el cerebro nuevo, en el neocórtex, en esta parte del cerebro que nos permite ser científicos, racionales y utilizar el lenguaje. La secreción de las hormonas necesarias para que el parto se desarrolle con normalidad solo se puede producir si se reduce la actividad de esta nueva parte del cerebro.

¿Cómo se reduce la actividad del neocórtex?

- Cuando no hay palabras. Sobre todo cuando no hay preguntas.
- Cuando la luz ambiental es muy tenue, casi a oscuras.
- Cuando no nos sentimos observadas, cuando no hay videos, ni personas mirando.
- Cuando nos sentimos seguras, sin peligro.
- Cuando tenemos privacidad.

En la cantidad de hormonas presentes en el parto, la adrenalina y la oxitocina son antagonistas. No podemos liberar oxitocina si aumenta la producción de adrenalina.

Y ¿cuándo liberamos adrenalina?

- Cuando tenemos frío.
- Cuando tenemos miedo.
- Cuando nos sentimos observadas.

Si en ese momento, preguntamos a la madre cuántas ecografías ha realizado durante el embarazo, podemos detener el progreso del parto: hemos estimulado su neocórtex.

Para que la parte primitiva del cerebro pueda funcionar de forma eficaz durante el parto, el neocórtex tiene que dejar de funcionar.

Está bien documentado, gracias particularmente al trabajo de Regina Lederman, que un nivel bajo de adrenalina tiene a hacer más fácil y rápida la primera fase del parto: la dilatación. Los efectos positivos de la inmersión en un baño a temperatura corporal, por ejemplo, no son sorprendentes, ya que ésta es una forma obvia de reducir drásticamente el nivel de adrenalina. Una situación que provoque un aumento del nivel de adrenalina (miedo, frío...) hace más difícil la primera fase del parto.

V

Podríamos decir que el arte de la partería/matronería consiste en crear las condiciones para que el reflejo de eyección del feto tenga lugar. La frase “eyección refleja del feto” fue originalmente introducida por Niles Nexton en los años 60, mientras estudiaba el efecto del ambiente en el nacimiento de ratones (1) Newton, N., 1966 y, en los años 80, Michel Odent lo aplica al nacimiento de los humanos (2) Odent, M. 1987.

El camino hacia el reflejo de eyección del feto es inhibido por cualquier interferencia del estado de privacidad, es decir cuando activamos el neocórtex, por ejemplo si uno de los asistentes se comporta como un dirigente del parto, o si se le realizan exámenes vaginales o se dirigen miradas a los ojos de la madre; también se inhibe si se imponen cambios en el entorno, o si un cuarto no está suficientemente cálido o si la iluminación es muy intensa.

El típico reflejo de eyección es fácil de reconocer, ya que esta usualmente asociado a una postura inclinada hacia adelante. Cuando una mujer está arqueada, el mecanismo de apertura de la vulva es diferente de cuando está en otras posiciones y el riesgo de desgarros peligrosos es eliminado; también puede estar precedido por un miedo repentino y transitorio, expresado de manera irracional por la madre donde la peor actitud sería alentar a la mujer con palabras.

Cuando falta poco para que nazca el bebé, hay una fase en la que súbitamente la mujer siente que sus contracciones ya no son efectivas. En ese momento, si la mujer está en el agua tiene ganas de salir; cuando sale del baño caliente y pasa a una atmósfera más fresca, es decir estimula la producción de adrenalina, se produce una especie de reflejo y entonces basta con dos o tres contracciones para que nazca el bebé. Se trata de un auténtico reflejo de eyección del feto.

Y, ¿qué provoca el reflejo de eyección del bebé cuando no hay ni diferencia de temperatura, ni palabras terroríficas? Es decir, ¿qué provoca el corto período de transición entre la fase “pasiva” de dilatación y el reflejo de eyección?

Dice Michel Odent: *“Me di cuenta de que, la mayoría de las veces, las mujeres, justo antes del parto, verbalizaban un miedo de manera más o menos directa o aún sin decir nada, se las veía súbitamente inquietas. Si durante ese periodo de transición no hay interferencias, no se pronuncia ni una sola palabra para tranquilizar a la mujer o para precisar en qué estadio del proceso se encuentra, si nadie la observa y ella puede expresar su miedo libremente, las fuertes contracciones de eyección emergen con toda su eficacia. Fue en ese momento cuando llegué a la noción de “miedo fisiológico”. Es como si en cierta fase del parto, en el momento en que hay un cambio brusco del equilibrio hormonal, fuera normal sentir miedo. Y este miedo tiene una función.”*

Existen documentos en los que podemos leer que algunos grupos humanos, como los indios de Canadá ya sabían que, en una fase concreta del parto y en condiciones muy particulares, un miedo repentino podía provocar un “reflejo de eyección del feto”. Una repentina y fuerte secreción de adrenalina ocurre en los partos que acaban rápidamente

El verdadero rol de la partera/matrona es generar un ambiente que haga posible el reflejo de eyección. Lo principal es tener siempre presentes las necesidades básicas de la mujer que está pariendo. Es esencial reconciliar la necesidad de privacidad y que la mujer se sienta segura; es esencial reconciliar la ciencia (privacidad), y la técnica (seguridad).

La cesárea, realizada con las técnicas actuales y con la anestesia moderna, es el gran avance contemporáneo en el ámbito del nacimiento, un progreso que hay que preservar. Es la intervención de salvación por excelencia. Todos los equipos de urgencias deberían poder llevarla a cabo. Pero hay que impedir que se convierta en la manera habitual de nacer por no priorizar y preservar lo que la ciencia nos dice que puede permitir un parto fisiológico: la privacidad. No debemos utilizarla como excusa para seguir ignorando el proceso normal, fisiológico, del parto.

Pero no se ha intentado comprender el proceso del parto en nuestra especie y, por ejemplo, Lamaze, obstetra francés, padre de la psicoprofilaxis occidental, decía y escribía que una mujer tiene que aprender a dar a luz del mismo modo que aprende a hablar, a leer o a nadar. Estos planteamientos erróneos que se han ido extendiendo por todo el mundo, nos han llevado finalmente a la crisis. Comprender que el parto es

un proceso involuntario que pone en juego estructuras arcaicas, primitivas, mamíferas, del cerebro nos lleva a rechazar esta idea preconcebida, según la cual, la mujer puede aprender a dar a luz.

No se puede ayudar a un proceso involuntario; sólo se puede procurar *no perturbarlo demasiado* (M. Odent).

En un ambiente de completa intimidad en el que la mujer es totalmente espontánea, cuando se encuentra en una pequeña habitación en penumbra y no se siente observada, las distintas fases del parto no tienen nada que ver con lo que describen los libros y tratados escritos por comadronas y médicos desde hace tres siglos. La mayoría de sanitarios no pueden ni siquiera imaginar cómo puede ser un nacimiento cuando nadie dirige a la mujer.

Este parto "espontáneo" está acompañado por un aumento drástico en las hormonas específicas del parto: oxitocina endógena para estimular la actividad uterina, beta endorfinas, la fuente de euforia en los corredores, que proporcionan a la madre alivio no adictivo al dolor producido naturalmente por el mismo cuerpo. Las hormonas maternas también desencadenan la producción de la hormona adrenalina en el feto que lo prepara para respirar independientemente y para mantener su temperatura corporal después del nacimiento.

Este potencial innato de la fisiología normal del parto para un parto y nacimiento expeditos es central para la matronería. Entenderlo implica desmitificar la práctica normal de la matronería y darle un contexto útil.

CAPÍTULO 2. EL DOLOR EN EL PARTO.

I

El parto es la experiencia sexual más importante en la vida de una mujer (3) Gutman, L., 2003.

La definición del parto como acontecimiento psicosexual y los aspectos sexuales del parto estimulados por el dolor, propone una reconciliación entre maternidad y sexualidad que podría curar muchas antiguas heridas de las mujeres.

La gran fuerza del parto, poco conocida, poco comprendida y muy temida se encuentra precisamente en el hecho de que, para la mujer, dar a luz es una poderosa expresión de una sexualidad exclusivamente femenina independiente del hombre, pero que si así se desea, se puede compartir con la persona amada como una experiencia de pareja.

“El dolor intermitente, con sus crecientes estímulos, aumenta la tensión en el cuerpo de la mujer, en particular en su zona genital; las endorfinas aumentan la capacidad de profundizar en la relajación y la alteración del estado de consciencia. Cuando la tensión del dolor ha alcanzado cierto nivel, la mujer se prepara para la descarga con el comienzo de las contracciones involuntarias; la presión de la cabeza del bebé sobre el periné, en la vagina, es el último estímulo de las contracciones involuntarias que expulsaran al bebé. Tras la descarga, la energía acumulada en los genitales, vuelve a fluir por todo el cuerpo y se percibe recuperación de la fuerza, mucha satisfacción y ternura para acoger a su bebé.” (4) Schmidt, V. 2010.

Las mujeres coinciden en entender el placer y el dolor como sensaciones físicas y la satisfacción y el sufrimiento como sensaciones emocionales, sin estar directamente ligadas al placer, ni al dolor, sino a veces al contrario, a veces el placer puede ser vivido con sufrimiento, con sensación de culpa, por ejemplo, y el dolor con gran satisfacción porque no haya vencido tu voluntad, por ejemplo.

“El placer para mi es una sensación de bienestar físico, y sí creo que podría definirse como placer el sentir como la cabecita del bebé sale al exterior como una explosión realmente maravillosa y en ese momento olvidar todo lo anterior y centrarte en la emoción que experimentas al poder ponerle cara a ese bebé que te acompañó los últimos nueve meses, a eso yo le llamaría satisfacción. También sientes una inmensa satisfacción al ver que todo ha salido bien, que el bebé está bien y que te desprendes de la placenta, con cierto placer, sintiéndola caliente, suave y blandita, es casi como un masaje para tu vulva dolorida”.

"Placer... no lo sé realmente si era placer o no, pero la verdad es que me lo pasé muy bien. De hecho, Albert siempre que hablamos de nuestro parto con la gente dice que "yo tenía cara de estar disfrutando". Y la verdad es que sí. No sé si se podría definir como placer lo que sentía, pero, por ejemplo, cuando estaba dentro la bañera (en el periodo de dilatación) y me dejaba llevar, moviéndome dentro el agua me sentía fenomenal. Yo creo que doy la razón a la gente que dice que el parto es un acto sexual, puesto que quizás lo que sentí durante el parto se asemejó mucho al placer que se siente (o al menos yo siento) en una relación sexual" (testimonios de mujeres parturientas de la Casa de Naixements Migjorn, Barcelona).

II

La función fisiológica del dolor es la de proteger el cuerpo de cualquier daño, enviando una señal de alerta sobre una agresión para evitarla. El proceso de apertura de las vísceras y la fuerte presión sobre las articulaciones y los nervios sacros ejercida por el bebé durante el descenso, no están exentos de peligro ni para la madre ni para el feto, por lo que el dolor constituye una valiosa herramienta de alerta que permite corregir la situación.

El dolor presenta dos orígenes: el primero nace de la zona física donde se está produciendo el proceso del parto, y el segundo reside en el cerebro, en la parte afectiva, emocional, instintiva e inconsciente, donde se almacenan nuestras experiencias. Los estímulos periféricos activan los estímulos centrales, y el conjunto da vida a la experiencia individual del dolor.

Todo el útero, incluido el cuello, está inervado por fibras sensitivas que llegan a la médula espinal. Los receptores locales con terminaciones libres, que solo reaccionan frente a una lesión o hiperdistensión, son más abundantes en la parte inferior del útero y en el cuello, y más escasos hacia el fondo del útero.

La localización del dolor se encuentra, por tanto, en la parte inferior del abdomen, lateralmente por encima de las crestas ilíacas y en la parte posterior, en la zona lumbosacra.

Los dolores son de tipo viscerales, causados por:

1. Hiperdistensión y micro lesiones en el cuello del útero por su elongación.
2. Distensión del segmento inferior.
3. Distensión de los ligamentos uterinos.
4. Compresión de los nervios del plexo lumbosacro.
5. Compresión sobre las articulaciones de la pelvis.
6. Isquemia del musculo uterino por hipercontractura.

7. Dilatación, distensión y elongación del periné y la vulva: la percepción dolorosa en el expulsivo varía extremadamente de una mujer a otra, de dolor fuerte a percepción de placer.

Las características del dolor varían a medida que avanza el parto, distinguiéndose tres tipos de dolor según el estadio de parto:

- Dolor visceral primario,
- Dolor somático profundo o visceral secundario, y
- Dolor somático superficial.

El dolor es necesario para estimular una producción suficiente de oxitocina que haga posible el trabajo activo del parto, y es por ello que no se pueden aplicar métodos de analgesia farmacológica desde el comienzo del proceso del parto, ya que éste se pararía irremediablemente.

Al comienzo del parto, la oxitocina se produce en función de los cambios hormonales, de la placenta y de la madre, y en función de la estimulación del cuello del útero provocada por los movimientos fetales activos; la actividad de contracción de los pródromos, aún irregular e inconstante, es la respuesta a este primer nivel de oxitocina.

Para pasar a la fase activa con sus contracciones regulares y efectivas es necesario otro estímulo adicional regular para una producción constante y creciente de oxitocina.

Este estímulo está representado por el dolor intermitente.

El dolor pone a la mujer en una situación de estrés agudo al que responde con un pico de producción de catecolaminas, que, si se producen en elevadas cantidades, provocan una *respuesta oxitócica paradójica* y estimulan simultáneamente por un lado:

- la producción de endorfinas, opioides endógenos que inhiben el dolor y crean sensación de bienestar, placer, expansión y deseo de repetir la experiencia.

Y por otro lado:

- a los antecesores de las prostaglandinas que, junto a la hormona ACTH y la oxitocina, actúan como estimuladores del dolor.

Comenzando de esta manera un aumento gradual de la actividad de contracción acompañado por una creciente capacidad de tolerancia al dolor.

Una de las características más importantes del dolor del parto, el ritmo, está caracterizado por dolor y pausa, contracción y expansión, malestar y bienestar, aceleración y ralentización. Es un ritmo dinámico que puede variar en función de factores individuales. Esto es, su trayectoria está marcada por la personalidad de cada mujer, por las experiencias de cada gestante y su bebé, y no se puede codificar. *El*

dolor en el parto es, por tanto, un dolor intermitente con una dinámica individual, regulada por las necesidades de la mujer y el bebé.

En esta intermitencia se encuentra uno de los grandes secretos del proceso del parto fisiológico y de la posibilidad de la analgesia natural. En el ritmo irregular de la progresión del esfuerzo por dar a luz se encuentra la posibilidad de una adaptación gradual y recíproca entre madre y bebé. La falta de respeto hacia los tiempos de cada uno y la aceleración del proceso de dar a luz provoca dolor y dificultad en el parto.

Los picos de dolor, alternados con pausas de ausencia total de dolor, producen como efecto paradójico una fuerte estimulación de la producción de endorfinas.

Este mecanismo encuentra una justificación filogenética: la reproducción humana está fuertemente protegida y puede ser garantizada sólo si la mujer se ve gratificada en el parto y, por lo tanto, desea repetir la experiencia. Es por ello que un proceso doloroso como el parto tiene que ser fuertemente compensado por las endorfinas.

Esto ocurre solo en un parto espontáneo sin medicación. Un parto medicalizado, con oxitocina y/o analgesia farmacológica, inhibe estos mecanismos y no ofrece una gratificación tan profunda de la experiencia en sí, lo que reduce mucho el deseo de repetir. Puede existir una relación entre el número reducido de nacimientos y el grado de escasa gratificación de la experiencia de dar a luz.

Si no ocurre la particularidad de los picos del dolor en el parto, por ejemplo, al administrar una perfusión de oxitocina sintética o de prostaglandinas o al estar en una situación de estrés mantenido, es decir, *si la presencia de los estimuladores del dolor es continua y no en picos, se inhibe la producción de endorfinas y el dolor aumenta de intensidad y se mantiene en un nivel alto.*

Esto significa en la práctica clínica, que es necesario dar mucha importancia a la pausa entre las contracciones para evitar el estrés mantenido. La completa relajación entre una contracción y otra permite recuperar la calma profunda que activa el sistema nervioso parasimpático y prepara al organismo para un nuevo pico de catecolaminas y así a un nuevo estímulo en la producción de oxitocina y de endorfinas.

La colaboración armoniosa de los dos sistemas nerviosos neurovegetativos durante el parto es particularmente importante, ya que el sistema simpático es hiperactivo cuando el organismo se contrae, el útero se vuelve isquémico, la musculatura lisa se contrae y se produce un estado de alerta extrema, las mucosas están secas y el corazón se contrae con un espasmo y late rápido, forzado y el sistema parasimpático produce relajación de la musculatura lisa, distensión del segmento inferior y del cuello, bradicardia, calor, tensión positiva y placer.

Contracción y relajación; prostaglandinas y endorfinas es el ritmo que tiene el parto.

La función de las endorfinas no sólo es la de disminuir la percepción del dolor, sino que también se encargan de producir un estado alterado de conciencia necesario para la inhibición córtico-racional que permite al cerebro primal realizar su función de parir.

El dolor cumple la doble función de empujar a la mujer hacia la separación del bebé, sin posibilidad de arrepentimiento, dirección en la que quizás nunca iría por ella misma. Le hace comprender cuán ineludible es la necesidad del nacimiento, concentra toda su atención en este proceso, no deja posibilidad de escape distinta del cumplimiento de la tarea.

Al mismo tiempo, el dolor es la expresión y el “desahogo” del sufrimiento emocional producido por la separación.

En el momento de la expulsión del feto, cuando cesa el estímulo del dolor, se encontrará con niveles tan altos de endorfinas que experimentará sensaciones de gratificación externa hacia sí misma, de éxtasis y placer con los que acogerá a su bebé e iniciará su experiencia como madre.

A pesar de estas evidencias, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) dice en su protocolo revisado de 2010:

“El dolor durante el parto no aporta ningún beneficio. Además de su efecto psicológico negativo sobre la madre, puede ocasionar una mala perfusión de la placenta a través de múltiples mecanismos como son el aumento del consumo de oxígeno, del gasto cardíaco, de la presión arterial y de los niveles plasmáticos de catecolaminas, posibles responsables de hipoxia y acidosis en el feto (...). Sin embargo, una placenta con una reserva funcional suficiente, puede compensarlo en gran parte”. (5) www.sego.es, 2010



En las distintas culturas, la interpretación, y, por tanto, la transmisión del valor asignado al dolor varía muchísimo. Comprender el significado cultural del dolor, es fundamental para acompañar la experiencia del parto. (Callister, Khalaf, Semenic, Kartchner, & Vehvilainen-Julkunen, 2003) Callister, L.C. 2003.

El parto en las distintas culturas es un suceso a veces doloroso y peligroso, otras veces interesante y enriquecedor, a veces independiente o también dependiente de un poder sobrenatural. Las expresiones y manifestaciones externas del dolor se toleran en algunas culturas, se fomentan en otras, son imitadas por el hombre en algunas y finalmente son inaceptables para otras culturas.

En una sociedad cercana al ciclo y al ritmo de la naturaleza, que experimenta y valora el hecho de que ninguna condición es fija o permanece inalterable, ni el dolor ni la felicidad, sino que se alternan de forma continuada, y la una condiciona la existencia

de la otra, las mujeres en general, y las gestantes en particular, saben, por tanto, convivir con estos ciclos y los aceptan, mientras que los hombres a veces buscan el dolor intencionadamente para potenciar su poder personal en los momentos de crecimiento o frente a nuevas tareas e importantes responsabilidades a asumir. Su motivación reside en el ser consciente de las funciones de potenciación del poder personal en el afrontamiento y superación del dolor físico y psíquico.

En algunas sociedades el parto se conoce también como “la guerra de las mujeres” y la mujer se siente capaz de afrontar la prueba de dar a luz y se espera que salga de ella más fuerte y más sabia que antes. El parto es una hazaña personal en la que a menudo la mujer se aparta para superar la prueba con sus herramientas personales.

En otras sociedades el parto se interpreta y vive como una experiencia trascendental y de éxtasis, donde la capacidad de abandono, de trascendencia, de transformar la prueba en alegría se expresa en un ritual colectivo, a menudo femenino.

Las sociedades industrializadas proponen un ritmo de vida acompasado a la producción, donde no hay sitio para los aspectos irracionales de la vida, donde el tiempo tiene un valor económico y *se aspira a una condición de vida única: el bienestar continuo.*

Una sociedad como la nuestra, que niega a la mujer la experiencia del dolor del parto, de la responsabilidad de dar el pecho, de los malestares emocionales, es una sociedad que quiere una mujer ¿de qué tipo?

“Trabajar en un par de Hospitales Materno Infantiles, como en Cuba se llamaban, me permitió acompañar y estar cerca de esta variedad de mujeres cuando parían y poder observar algunas diferencias. Entre ellas:

- *la facilidad con que parían generalmente negras y mulatas.*
- *la normalidad con que lo hacían las checas, alemanas, rusas...*
- *y las dificultades mayores que surgían en la población descendiente de españoles.*

Yo hice mis conjeturas al respecto: las mujeres negras y mulatas mantenían sus costumbres y creencias africanas, sus cantos y bailes, a pesar de haber sufrido la imposición de la religión católica y haber accedido a la alfabetización y a la educación socialista. Su trabajo, hasta hacía muy poco ligado al esclavismo en el campo y al servicio de sus dueños, un tiempo españoles y otro yankees antes de la Revolución en 1959, era un trabajo mucho más movido que el del resto de la población, el uso del transporte público, otro factor. [...]

Las mujeres de la Europa del Este no habían interiorizado en la cultura de sus países la medicalización del parto como lo hizo EE.UU. o algunos países de Europa Occidental, básicamente España, y por tanto afrontaban el hecho de parir de forma normal como

pueden hacerlo gran cantidad de mujeres de la Europa Nórdica o de Centro Europa. Su estructura corporal alta y amplia, que no se correspondía con niños excesivamente mayores, hacía de sus partos hechos fisiológicos vividos con normalidad.

Las mujeres descendientes de españoles estaban más imbuidas de la cultura estadounidense, dominante en los años anteriores a la Revolución, defensoras de los valores de intervención médica, de la atención hospitalaria, de la medicalización de la vida en general, y además en la sociedad tenían mayor prevalencia entre las clases del sector terciario, es decir, el sector de los servicios con lo que ello conlleva de sedentarismo. Todo ello daba como resultado unos partos algo más difíciles que los demás.”

Montserrat Catalán Morera
Casa de Naixements Migjorn

IV

Ya no hay sitio ni comprensión para el dolor, el único sacrificio que se acepta es el sacrificio de tipo económico y con fines económicos. Se pierde la posibilidad de comprender el malestar, su polaridad con el ritmo de la alternancia de la vida, además de perderse la capacidad de expresarlo y vivirlo.

En nuestra sociedad, la expresión del dolor no está bien vista, y se invita a la mujer a que se controle y se mantenga en silencio. La imagen de la buena parturienta es la de una mujer que muerde silenciosamente un pañuelo y respira tal y como le han enseñado en las clases de preparación. A la mujer que grita durante el parto se le juzga como “no tan buena”, como inadecuada.

La huella de la condena bíblica parece indeleble y la mujer actual rechaza claramente la condena “parirás con dolor”. Vivir el nacimiento de un bebé como castigo por el pecado, entendido como pecado sexual, ya no se comparte. *La mujer busca de alguna manera la forma de liberarse de una condición femenina histórica de sufrimiento pasivo, que ya percibe como superada.*

Nace la petición de liberación, expresada a menudo como petición de un “parto sin dolor” mediante analgesia, actualmente epidural, y ya no está dispuesta a padecer pasivamente condicionamientos del pasado.

Sin embargo, esta “solución” mantiene viva la separación entre maternidad y sexualidad, además de la pasividad frente a un evento creativo.

Nace la petición de liberación...

V

En 1847 un obstetra escocés administro éter a una mujer mientras daba a luz y seis años más tarde, la reina Victoria del Reino Unido solicitó también la droga y desencadenó un fenómeno global. La analgesia ya no se consideraba blasfemia ni señal de incapacidad para ser madre.

Además del éter, se les administraba opio, cocaína, quinina, óxido nitroso y ergotamina. La mayoría de los fármacos no aliviaban el dolor; se empleaban para acelerar el parto, lo que finalmente equivalía a menos horas de “sufrimiento”.

En 1914, la norteamericana Charlotte Carmody, emprendió un viaje hacia una clínica situada en las montañas de Alemania para dar a luz a su cuarto hijo. Eligió este lugar porque había leído un artículo de una revista sobre una manera nueva y sencilla de dar a luz, el “sueño crepuscular”. Consistía en administrar fármacos a las mujeres durante el parto para inducirles una amnesia barbitúrica.

Ingresó en la clínica una noche y al día siguiente una enfermera le entregó un bebé limpio y envuelto en pañales. La experiencia del parto, o más bien la falta de ella, hizo de Carmody una defensora entusiasta de lo que ella y otras mujeres llamaban, equivocadamente, parto sin dolor. A su vuelta fundó una Asociación y dio conferencias por todo el país.

La avalancha mediática de testimonios en la prensa irritaba a algunos médicos que eran reacios a administrar el cóctel de drogas a las parturientas por sus efectos secundarios; las recientes organizaciones feministas, mujeres de clase alta como Carmody, decían que lo que les preocupaba a los médicos no eran los efectos secundarios, sino la idea de atender un parto que se prolongara durante horas, porque el “sueño crepuscular” requería de atención médica constante.

El sueño crepuscular barbitúrico combinaba morfina y escopolamina, un cóctel potencialmente tóxico que producía analgesia y amnesia, pero que no era anestésico.

La noción de sueño crepuscular barbitúrico surgió de la falacia pseudocientífica de que la bioquímica de la mujer moderna de clase media era muy vulnerable al dolor físico. De acuerdo con esta dudosa teoría la sociedad industrializada habría corrompido el cuerpo femenino hasta dejarlo demasiado débil para soportar cosas que hasta entonces habían sido naturales.

Estos nuevos fármacos empleados durante el parto llegaron a EEUU en la primera ola del feminismo que trabajaba para popularizar las clínicas de maternidad. Mujeres de todas las clases sociales empezaban a creer que las clínicas eran el mejor lugar para tener a sus hijos. Y a la vez unas pocas mujeres progresistas admitían que dar a luz en una clínica significaba ponerse a las órdenes de un médico y que no estaban dispuestas a pasar por ello.

“Las mujeres de EEUU exigen que la administración de analgésicos no sea decisión del médico, sino de la madre”, escribieron Marguerite Tracy y Mary Boyd en su libro de 1915 sobre el sueño crepuscular barbitúrico. Consideraban que perder la consciencia mediante la administración de drogas era una expresión de feminismo.

Ese mismo año murió Carmody al dar a luz a su quinto hijo desangrada tras haberle sido administrados barbitúricos. Poco después las mujeres empezaron a denunciar reacciones a la analgesia. (7) Hutter Epstein, R. 2010.

CAPÍTULO 3. ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO.

I

Pase lo que pase con la gestión del dolor, la acción enfermera más valorada por la mujer parturienta es el apoyo emocional individual, la calma, la intimidad y el respeto. No se puede ser solo competente técnicamente también se requiere un alto grado de relación interpersonal terapéutica. (Corbett & Callister, 2000)

Algunos factores que reducen el dolor en el parto:

1. Entorno sin observadores.
2. Movimiento libre.
3. Apoyo de alguna persona íntima.
4. Expresión libre de manifestaciones verbales.
5. Bañera con agua caliente.
6. Entorno relajante: cálido, luz tenue.
7. Relajación profunda durante las pausas.
8. Movimiento pélvico.
9. Posturas con dorso inclinado hacia delante.
10. Tono perineal con capacidad de contracción y relajación.
11. Umbral alto del dolor.
12. Periné íntegro.

El movimiento es la necesaria respuesta fisiológica al dolor. Si falta la posibilidad de movimiento espontáneo, la experiencia dolorosa se transforma en un martirio, y no es justificable. La libertad de movimiento permite a la mujer adoptar instintivamente las posturas más antiálgicas, que son las de menor resistencia y comprensión. Protegiéndose a sí misma del daño a la pelvis, el cuello del útero y el periné, protege también a su bebé de malas posturas y excesiva presión sobre la cabeza.

La rigidez muscular y la inmovilidad estimulan de forma patológica a la corteza cerebral; una actividad muscular con tono muscular relajado estimula la producción de encefalinas y endorfinas, analgésicos endógenos naturales.

El alivio del dolor durante el parto aumenta el bienestar físico y emocional de la gestante, siendo individual el tratamiento efectivo y satisfactorio del dolor para cada mujer. En este sentido, la creciente igualdad de género y los postulados del ecofeminismo* han alimentado el espíritu crítico de la mujer a la hora de parir, en particular en lo referido a la gestión de su dolor (9) Arbués, E. 2009.



Desde el establecimiento de la Estrategia de atención al parto normal en España, en el año 2007, las comunidades autónomas han adoptado el compromiso de difundir entre los profesionales la evidencia científica respecto a la atención al parto, pero no se recoge el tipo de analgesia en el sistema de información sanitaria, por lo que no existen datos al respecto.

Recomendaciones de la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud de España (2007). (10) Ministerio de Sanidad y Política Social.

Evidencia respecto al manejo del dolor durante el parto.

Está probado el beneficio del acompañamiento durante el parto acerca de la necesidad de recibir cualquier analgesia/anestesia (RR: 0,87; IC 95%: 0,79-0,96).

Es escasa la evidencia basada en estudios clínicos acerca de la efectividad de métodos no farmacológicos. Pocos tratamientos complementarios han sido sometidos a estudios científicos adecuados. Aparentemente hay evidencia de que la inmersión en agua durante el período dilatante reduce el uso de analgesia (OR: 0,84; IC 95 %: IC 0,71-0,99) y la notificación de dolor materno (OR: 0,23; IC 95 %: 0,08-0,63), sin resultados adversos en la duración de trabajo de parto, el parto quirúrgico o los resultados neonatales.

Los efectos de la inmersión en agua durante el embarazo o en el alumbramiento son poco claros. Un ensayo analiza el parto en el agua, pero es demasiado pequeño para determinar los resultados para las mujeres o los recién nacidos.

La acupuntura y la hipnosis pueden ayudar a aliviar el dolor durante el trabajo de parto, pero se necesitan más investigaciones sobre estos tratamientos complementarios.

No hay suficientes pruebas acerca de los beneficios de la música, el masaje, la relajación, los sonidos uniformes, la acupresión y la aromaterapia, ni pruebas acerca de la efectividad del masaje u otros tratamientos complementarios por ejemplo, pelotas de goma.

La analgesia epidural parece ser el método más eficaz para el alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan este método tienen mayor riesgo de tener un parto instrumental. Se encontró que en el grupo con epidural hubo mayor alivio del dolor (diferencia de medias ponderada [DMP] -2,60; IC 95 %: -3,82- 1,38) que en los demás grupos. También la analgesia epidural se asoció con mayor riesgo de parto vaginal instrumental (RR: 1,38; IC 95 %: 1,24- 1,53).

No se encontraron diferencias significativas en el riesgo de cesárea (RR: 1,07; IC 95 %: 0,93- 1,23), lumbalgia a largo plazo (RR: 1; IC 95 %:0,89- 1,12) y depresión neonatal (RR: 0,70; IC 95%: 0,44- 1,10).

El óxido nitroso no es un potente analgésico durante el trabajo de parto, pero aparentemente es seguro para la mujer y el recién nacido. Se debe tener en cuenta que para aquellas mujeres que reciban óxido nitroso se deberá contar con oximetría del pulso, y administración adicional de anestésicos locales en caso de necesitar realizar episiotomía.

Recomendaciones

1. Informar a las mujeres de la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas endorfinas en un parto fisiológico en condiciones de privacidad.
2. Permitir que las mujeres estén acompañadas durante el trabajo de parto y parto.
3. Informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos de intimidad.
4. No realizar analgesia de rutina; ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir un método si lo desean.
5. A aquellas mujeres que no desean emplear fármacos durante su trabajo de parto, se les deberá informar acerca de la evidencia disponible respecto a métodos no farmacológicos.
6. Informar sobre los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural para la madre y la criatura.
7. Considerar la aplicación de la anestesia epidural sin bloqueo motor.

La participación de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor (SEDAR), en la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, incluyó comentarios de apoyo a la información de analgesia farmacológica y no farmacológica y que debería ser verbal y escrita. Se recomienda la existencia y aplicación de protocolos analgésicos pautados para evitar la administración de analgésicos "si dolor". En la sección bibliográfica de la anestesia obstétrica de esta sociedad científica se presentan actualmente 24 referencias bibliográficas, de las cuales ninguna es de "otros métodos analgésicos". De la analgesia y anestesia farmacológicas, todos menos un artículo se refieren a cesáreas y procedimientos en situaciones maternas específicas. (11) Disponible en <http://www.sedar.es>



Mecanismos de alivio del dolor durante el parto según la Sociedad Española Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Se han descrito numerosos mecanismos para el alivio del dolor durante el parto que se pueden clasificar de la siguiente manera:

Métodos no farmacológicos

- De eficacia demostrada:
 - Apoyo durante el parto.

- De eficacia variable:
 - Inyección dérmica de suero estéril en la primera fase del parto.
 - Inmersión en agua.

- De eficacia poco documentada:
 - Psicoprofilaxis.
 - Hipnosis.
 - Acupuntura.

- De ineficacia demostrada:
 - Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) en la primera fase del parto.

Métodos farmacológicos:

- Anestesia inhalatoria.
- Analgesia parenteral (intramuscular o intravenosa).
- Bloqueo paracervical.
- Bloqueo de nervios pudendos.
- Analgesia local.
- Bloqueo neuroaxial (epidural, subaracnoideo y epi-intradural).
- Anestesia general.

Actualmente la analgesia epidural es la técnica de alivio del dolor durante el parto más estudiada y difundida en nuestro medio. No obstante, el uso de la medicina complementaria y alternativa se está extendiendo entre la población para prevenir o tratar situaciones relacionadas con su salud, también en el embarazo. La Cochrane, en 2006, definió la medicina complementaria como: *“las prácticas e ideas que están fuera del dominio de la medicina convencional en algunos países”*. Esta definición es deliberadamente amplia, ya que tratamientos que, en unos países, son considerados como complementarios, pueden ser convencionales en otros.

En este campo se incluye, entre otros, el uso de acupuntura, reflexología, aromaterapia, masaje e hipnosis.

En los países donde la clase médica no pudo imponerse por encontrar la resistencia de las comadronas y del movimiento feminista, en general, todavía hoy no existe el clamor a favor del parto con anestesia peridural.

CAPÍTULO 4. LA ANALGESIA OPIÁCEA.

I

La analgesia y anestesia puede ser presentada como un sustituto de los opiáceos naturales, endorfinas, que la mujer libera durante el parto. Esta necesidad de analgesia/anestesia es síntoma de un balance hormonal inapropiado que, al igual que la hormona oxitocina, es dependiente de los factores ambientales que rodean a la mujer, principalmente de la falta de privacidad.

La analgesia es la falta o supresión de toda sensación dolorosa, sin pérdida de los restantes modos de la sensibilidad. Es lo deseable para el parto.

“La analgesia debe ser inocua para la madre y para el bebé, tiene que producir una eliminación o disminución del dolor del parto, no debe obstaculizar las contracciones uterinas ni la posibilidad de activar la musculatura auxiliar durante el expulsivo y no debe inhibir las contracciones y la retracción uterina en el posparto. A estas condiciones innegociables se puede añadir que la consciencia de la parturienta se debería mantener siempre íntegra a fin de que pueda participar de la alegría que supone la maternidad.” (G. Pescetto).

“Un nuevo tipo de prisión para las mujeres, la prisión de la no conciencia, de las sensaciones amortiguadas, de la amnesia, de la pasividad total, que puede hacernos perder contacto no sólo con las sensaciones dolorosas, sino con nosotras mismas.” (Adrienne Rich).

La analgesia durante el parto es un derecho que debe estar a disposición de toda mujer que lo desee, y es deber del personal sanitario satisfacer las necesidades de alivio del dolor siempre que la mujer lo exprese y sea inocuo para la evolución del parto y el resultado perinatal.

Ningún tipo de analgesia farmacológica está completamente exenta de riesgos para el feto o de efectos colaterales para la madre, que pueden manifestarse de inmediato o a largo plazo, y pueden ser leves o intensos. Todos los fármacos analgésicos llegan al feto en cuestión de segundos. Incluso cuando sus efectos tóxicos no se pueden demostrar claramente, tampoco se pueden excluir, debido en parte a que no es posible detectar todos los daños que se pueden producir con los análisis que se realizan en el momento del parto, como el test de Apgar o la determinación de gas en sangre en el recién nacido.

La analgesia farmacológica está claramente relacionada con daños en el sistema nervioso central (SNC): respuestas con retardo o alteradas por parte de los sistemas sensoriales y motores, capacidad reducida para procesar los estímulos aferentes y

modular las réplicas, interferencias con los reflejos de succión y rotación de la cabeza, interferencias con la alimentación, mayor irritabilidad y excitabilidad, menor tolerancia al estrés, menor estabilidad neurovegetativa, depresión respiratoria, desórdenes del tono muscular, temblores, son todos fenómenos que se han podido observar (Brackbill et al).

Los efectos de los fármacos analgésicos sobre la dinámica del parto conllevan casi siempre una ralentización de las contracciones, con la consiguiente necesidad de administrar oxitocina, pérdida de control e implicación consciente de la mujer en el parto, a veces escasa reducción del dolor, pérdida del primer vínculo entre madre y bebé y consecuentes dificultades en la relación y alimentación.

La revisión Cochrane para comparar la eficacia entre anestesia epidural y opiácea solo pudo utilizar un estudio de 105 mujeres, de entre el total de 6.162 mujeres, por deficiencias técnicas de los mismos. El estudio analizado refiere mejor alivio del dolor con anestesia epidural pero mayor riesgo de un parto instrumental. (Anim-Somuah, Smyth, & Howell, 2005) Anim-Somuah M, 2005.

La analgesia opiácea para disminuir el dolor en el parto es una práctica usada en muchos países del mundo, pero controvertida en su aceptabilidad, efectividad y seguridad.

La última revisión del Grupo Cochrane de Embarazo y Nacimiento (enero 2010) analizó los ensayos clínicos controlados que había sobre el uso de opioides parenterales durante el parto. De los 54 estudios reportados con 27 diferentes comparaciones, solo un estudio pudo contribuir con datos, el resto tenían muestras demasiado pequeñas y bajo poder estadístico. La evidencia mostró resultados con significación estadística: pobre calidad en el efecto analgésico, aproximadamente 2/3 de las mujeres que recibieron opioides reportaron moderado o severo dolor una o dos horas después de la administración, moderada satisfacción con analgesia. Fueron asociados efectos adversos maternos de náuseas, vómitos y mareos. No había suficiente evidencia de los efectos adversos en el recién nacido.(RW.ERROR - Unable to find reference:746).

Los opioides, más allá de los efectos colaterales habituales, comportan el riesgo de una importante consecuencia a largo plazo para el bebé, tal y como describe el Dr. Michel Odent *"[...] en los momentos críticos de la pubertad puede darse un aumento de la susceptibilidad a las sustancias estupefacientes en niños cuyas madres recibieron opiáceos durante el parto. Dicho mecanismo está asociado a la oxitocina, que fija en la memoria inconsciente los acontecimientos del nacimiento y los reactiva en la pubertad, cuando se vuelve a producir oxitocina."*

Nos referirnos a las publicaciones de M. Odent que hacen hincapié en los efectos a largo plazo de la anestesia en el parto:

¿Puede la drogadicción empezar en el nacimiento?

- En los países ricos, una mayoría de niños nacen con uso de drogas.

- En los países ricos, la drogadicción está creciendo.

II

¿Por qué miles de investigadores, con el apoyo económico de millones de dólares, no tratan de confirmar o invalidar las conclusiones de los estudios de B. Jacobson y su equipo en Suecia? Su informe principal no es confidencial. Se publicó en noviembre de 1990 en el British Medical Journal.

B. Jacobson y su equipo estudiaron los documentos de doscientos drogadictos nacidos en Estocolmo entre 1945 y 1966. El grupo de control consistía solamente en hermanos de drogadictos, también nacidos en Estocolmo durante el mismo período. Este método es el mejor para reducir los posibles contrapesos causados por factores como la estructura de la familia, niveles socioeconómicos, educación, etc. El principal resultado obtenido fue que en el grupo de estudio una alta proporción de madres recibió narcóticos (morfina o pethidine), barbitúricos o ambos durante el embarazo y el parto. No hay una diferencia significativa entre los dos grupos si las drogas fueron administradas más de diez horas antes del nacimiento. Los riesgos se incrementan cuando las drogas se suministran varias veces.

El uso de analgesia parenteral opiácea para disminuir el dolor durante el parto ha sido investigado durante muchas décadas y es usada extensivamente. El uso de opiáceos sigue estando muy extendido para gestionar el dolor del parto, a pesar del limitado alivio del dolor que proveen y de los efectos secundarios que tienen en la madre y el niño. (Anderson, 2011). Los diferentes opioides morfina, meperidina, fentanilo, remifentanil y nalbuphina, son similares de perfil farmacológico pero difieren en potencia, farmacocinética, farmacodinámica y efectos secundarios.

El remifentanilo durante el trabajo de parto y parto se asocia a mejores valores en el control del dolor, mayor satisfacción de la paciente y menores necesidades de conversión a analgesia epidural (11% vs 39%), comparado con meperidina. Todo ello, con mínima sedación o depresión cardiorrespiratoria, y con menores alteraciones fetales. La meperidina presenta una proporción de náuseas y vómitos del 5% vs 0% (15) Evron, S. 2005.

La meperidina presenta una proporción de náuseas y vómitos del 35% vs 15% según un estudio que comparaba meperidina y tramadol, una duración del parto mayor en comparación con el tramadol, 190 vs 140 minutos en el primer estadio del parto y la percepción del dolor fue menor para el grupo de la meperidina. Ambos aportan a la madre moderada analgesia. (16) Khooshideh M, Shahriari A. 2009.

En comparación con otros narcóticos parenterales, la meperidina es:

- De duración corta. No existe acuerdo al respecto se referencian solo 2 a 3 horas (Jaffe y Martin, 1985), cuanto más joven la paciente, más corta tiende a ser su acción (Kaiko, 1980).
- Responsable de efectos neuropsiquiátricos como desorientación, alteraciones del comportamiento y alucinaciones mayor si administración parenteral.
- La meperidina se etiqueta de no recomendada en las tablas de equianalgesia de American Pain Society, 1987.

(17) Margo McCaffery y Alexandra Beebe, 1993.



En la Estrategia de atención al parto en el Sistema Nacional de Salud de España no hay referencias a la analgesia farmacológica opiácea en el parto solo de la epidural y el óxido nitroso; el grupo de la SEDAR que hizo los comentarios previos a la publicación de la Estrategia tampoco aportó ninguna referencia.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) si tiene protocolos de la analgesia parenteral opiácea.

Actualmente, la anestesia parenteral más frecuentemente utilizada en nuestro medio es la administración de opioides. La eficacia de los opioides sistémicos está probada en cuanto que las mujeres bajo su efecto se encuentran más satisfechas que con placebo (un ensayo clínico aleatorizado: 83% vs 71%, $p=0.05$), si bien el alivio del dolor es inferior al logrado con la analgesia epidural

El opioide más empleado en obstetricia es la meperidina, que posee un inicio de acción muy rápido y tiene la ventaja de ser muy barato. Entre sus inconvenientes se encuentran que produce náuseas, vómitos, enlentecimiento del vaciado gástrico y depresión respiratoria. Su vida media en el neonato es de 21 horas y su metabolito activo, la nor-meperidina, tiene una vida media de 18 y 60 horas en la madre y el feto respectivamente, con un periodo de 2-3 días de depresión neonatal sutil.

Además, al atravesar la placenta, ocasiona una disminución de la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal y una sedación en el recién nacido. Esto se debe a su metabolito intermedio, la normeperidina. Por todos estos motivos se ha llegado a cuestionar su uso durante el parto.

El remifentanilo es un opioide sintético que proporciona una analgesia rápida, inicio de acción en 1 minuto y potente, aunque de duración ultracorta debido a su rápido metabolismo materno y fetal, que hace que se elimine rápidamente cuando se suspende la infusión. Su eficacia es mayor que la meperidina, pero presenta una mayor incidencia de depresión respiratoria materna y de test de Apgar bajos. El régimen de administración ideal parece ser la aplicación por la propia paciente (PCA), con bomba

de infusión continua, con o sin infusión basal, teniendo en cuenta que las dosis serán variables en función del estadio del parto, de las necesidades individuales o de la aparición de efectos secundarios maternos. Los más frecuentes son la desaturación y la depresión respiratoria, por lo que es necesario la supervisión médica y el uso de pulsioximetría.

Se recomienda informar a las mujeres que elijan la administración de opioides parenterales como método analgésico, que éstos tienen un efecto analgésico limitado y que puede provocar náuseas y vómitos.

Se recomienda la administración de antieméticos cuando se utilicen opioides intravenosos o intramusculares.

Se recomienda monitorizar la saturación de oxígeno materna y administrar oxígeno suplementario a las mujeres que reciban remifentanilo si lo necesitan.

La Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, en la página bibliográfica de analgesia y anestesia obstétrica, da una sola referencia respecto a la analgesia opiácea; existen normas de procedimiento en algunos de los hospitales españoles respecto al uso de la analgesia opiácea que se utiliza en casi todos (18) Hospital Costa del Sol, Málaga, 2003.

Sin lugar a dudas, la técnica de analgesia epidural es la más extendida actualmente en España para el alivio del dolor de parto, sin embargo en numerosas ocasiones puede estar contraindicada por infección en el lugar de punción, alteraciones de la hemostasia, puede haber dificultades de realización debido a cirugía previa de columna o bien simplemente por rechazo de la gestante a esta alternativa.

En España es conocido el uso como segunda opción de analgesia meperidina intramuscular y haloperidol, un neuroléptico para evitar la aparición de náuseas y vómitos, tramadol y en menor proporción el uso de fentanilo, agonista opiácea, administrado por vía intravenosa.

Algunos estudios revelan que en 1981, aproximadamente el 49% de las parturientas recibieron analgesia sistémica y tan sólo un 16% analgesia epidural.

Estos datos contrastan con los actuales, por ejemplo en el hospital Puerta del Mar, en Cádiz, más de un 75% de las embarazadas recibieron analgesia epidural en el año 2005. A pesar de ello, el empleo de analgésicos sistémicos está indicado cuando la analgesia epidural/espinal está contraindicada, cuando los centros no disponen de infraestructura suficiente, o cuando las técnicas regionales son rechazadas por la embarazada.

(19) E. Calderón, E. Martínez, 2006

Aunque la meperidina es uno de los narcóticos intramusculares más frecuentemente administrados, varias de sus características hacen cuestionable su popularidad.

La meperidina presenta una proporción de vómitos y náuseas superior a otros analgésicos durante el parto, por lo que se cuestiona su uso como opiáceo de elección por vía subaracnoidea. (20) Booth J.V., Lindsay D.R., 2000.

Con respecto al efecto de la meperidina en la lactancia, está referenciada la necesidad de apoyo extra. (21) Rajan L. 1994.

También está descrita su acción facilitadora de la interacción madre-hijo en mujeres sometidas a cesáreas programadas que han sido expuestas a meperidina subcutánea preventiva. Claro que no es lo mismo el control del dolor tras una intervención quirúrgica mayor programada, cesárea, que la disminución del dolor en el parto (22) Álvarez Figueredo, Z.C.; Barco Díaz, V. 2008.

Reconsiderar el uso de la petidina por amamantamiento retardado y por interacción madre-bebe disturbada. (23) Tidsskr Nor Laegeforen. 1999.

El estudio del uso y efectos de la meperidina durante el parto en el Hospital Costa del Sol (24) Mesa Somé M. V.; Higuero Macías J.C. 1999, mostró que la administración de meperidina no se administraba según recomendación teórica, fase latente 51% y 49% en fase activa, la utilización de las otras anestésicas fue masiva en las mujeres expuestas a meperidina y el 72% recibió oxitocina sintética. Concluyeron:

- El momento de la administración de la dolantina no ha influido en la duración del parto.
- El uso de la meperidina asociado a otro tipo de anestesia ha aumentado el número de partos instrumentados.
- El uso de la meperidina asociado a otro tipo de anestesia se ha relacionado con una mayor duración del parto.
- El uso de la meperidina administrada a dosis recomendadas 50/100 mg, 1 mg/kg. de peso independientemente del tiempo que transcurra desde el momento de la administración y el nacimiento no influye desfavorablemente en el puntaje del Apgar ni al primer minuto ni a los 5 minutos.
- Apgar al minuto, puntuación de 9, 90% y al quinto minuto puntuación de 10, 98%.

En España el uso de la analgesia opioide sigue representado un porcentaje importante, ya que la posibilidad de su administración intramuscular por parte de las matronas, sin necesidad de supervisión médica directa, favorece la extensión y perpetuación de su uso en áreas obstétricas. (25) Martínez Fernández G, Plaza Moral A, 2004.

Dicen las matronas autoras de un estudio en 1998 sobre los efectos de la meperidina: *“Este es un fármaco cuyo objeto primordial de analgesiar a las parturientas y conseguir un estado más relajado en aquellas mujeres que durante su parto tienen una excitación*

importante que llega hasta el descontrol” (26) Boga, A.; Barrios, B.; Sanz, F.; Hernández García, J.M. 1998, aunque la ginecóloga Catalán, M. explica su uso de otra manera:

“Había trabajado en España, en Tarragona, en el Hospital Juan XXIII, en la década de los años 80, que fue el tiempo en que se medicalizó el parto en España, con la administración endovenosa de oxitocina y se inmovilizó a las mujeres con la excusa de auscultar bien a los bebés. Se cerró la Escuela Universitaria de Comadronas durante 7 años. La clase médica se había hecho dueña del manejo de los partos. Y así se empezó a sobrevalorar el llamado “parto médico dirigido” como el parto ideal y el más seguro.

Cuando ahora empezamos a hablar de mutilación genital cuando nos referimos a la episiotomía rutinaria, también podemos referirnos a la dirección del parto en aquellos años, como situación de humillación y de tortura para las mujeres, que al no poderlo soportar gritaban para que se les administraran drogas tipo dolantina y haloperidol, para disminuir el dolor, cosa que les llevaba a situaciones verdaderamente denigrantes.”

“En el año 2010, un 16,9% de los partos tuvieron sedación con dolantina y haloperidol”, (Hospital de la CCAA de Andalucía).

CAPÍTULO 5. HALOPERIDOL, ANTIEMÉTICO PREVENTIVO EN LA ANALGESIA OPIÁCEA EN EL PARTO.

I

El uso del haloperidol como antiemético preventivo asociado con la meperidina, (dolantina, petidina) es una práctica clínica que se está realizando en los paritorios españoles de centros sanitarios públicos y privados.

El Haloperidol es un antipsicótico convencional, neuroléptico, butirofenona, antagonista dopaminérgico tipo 2, prescrito comúnmente y aprobado para manifestaciones de los trastornos psicóticos, tics motores y vocales en síndrome de Torette, tratamiento de segunda línea de las alteraciones severas del comportamiento en niños con hiperexcitabilidad explosiva y combativa, tratamiento a corto plazo de segunda línea en niños hiperactivos y tratamiento de pacientes con esquizofrenia que requieren terapia antipsicótica prolongada vía parenteral.

El Haloperidol, ha estado disponible desde 1958 y recibió la aprobación de “Food and Drug Administration” (FDA-USA), como antipsicótico en 1967. Ha sido usado no sólo en psiquiatría, sino también en pacientes médicos y quirúrgicos para el control de la agitación severa.

Los neurolépticos y derivados tienen una capacidad antiemética que deriva del bloqueo de receptores que cuando se activan pueden causar náuseas y vómitos, incluidos receptores de dopamina tipo 2, de serotonina tipo 3, de histamina tipo 1, muscarínicos colinérgicos tipo 1 y neurodinona tipo 1. Pacientes con un riesgo moderado o alto de desarrollar náuseas y vómitos pueden beneficiarse de la administración de un antiemético profiláctico que bloquee uno o más de estos receptores implicados en la émesis.

La clase de las butiferas está compuesta por haloperidol, droperidol y domperidona.

El haloperidol bloquea a los receptores D2, pero no lo muscarínicos ni los H1. A dosis altas es tan eficaz como la metoclopramida. (27) Steven M. Grumberg, Kirit V. Gala. 1984. Droperidol se emplea frecuentemente en la neuroleptoanalgesia y contribuye al control de los vómitos postoperatorios y los causados por la medicación.

Clasificación de los fármacos antieméticos:

- Neurolépticos y derivados: bloquean receptores dopaminérgicos:

- Benzamidas: Metoclopramida, Cleboprida, Alizaprida.
 - Fenotiacinas: Tietilperacina, Clorpromazina.
 - Butiferas: Haloperidol, Droperidol, Domperidona.
- Antagonistas selectivos de los receptores serotoninérgicos 5-HT:
 - Ondansetron, Granisetron, Tropisetron.
 - En estudio: Dolasetron, Batonapride.
 - Anticinetósicos y antivertiginosos:
 - Antihistamínicos: Difenhidramina, Prometacina.
 - Anticolinérgicos: Atropina, Escopolamina.
 - Otros antieméticos:
 - Corticoesteroides: Desaxometasona, Prednisona, Metilprednisolona.
 - Benzodiacepinas: Loracepan.
 - Cannabinoides: Nabilona, Tetrahidrocannabinol (no en España).

Droperidol ha sido una eficaz y barata butifera usada desde principio de los 70 para prevenir o tratar la náusea y el vómito postoperatorio. Al reportarse casos de muerte súbita cardiaca en pacientes que recibieron droperidol, la Agencia FDA emitió restricciones significativas a su uso. Haloperidol es otra butifera con propiedades antieméticas, más económica y sin restricciones de la FDA.

Una encuesta entre sanitarios de emergencia acerca del uso del droperidol después de la restricción, nos muestra cómo los sanitarios identifican el haloperidol como alternativo al droperidol para la agitación (79%), seguida de las benzodiacepinas (68%), a pesar de sentir que no tiene la misma eficacia. Con respecto al uso de droperidol como antiemético también sienten que no existen drogas tan eficaces e identifican como alternativa la prometazina (64%). (28) Richards J.R.; Weiss S.J.; Bretz S.W.; Schneir A.B.; Rinetti D.; Derlet R.W. 2003.

El uso de este neuroléptico de la clase de las butirofenonas como preventivo de las náuseas y los vómitos producidos por la analgesia opiácea durante el parto, es una cuestión muy poco referenciada en la literatura internacional. Existe evidencia de la eficacia de haloperidol en la prevención de náuseas y vómitos tras anestesia de pacientes quirúrgicos gastrointestinales, (*“postoperative nausea and vomiting”*, PONV) y no existe evidencia de eficacia tras analgesia opiácea en pacientes oncológicos. No se ha publicado revisión alguna de su eficacia en la analgesia de los partos.

Tempranos estudios mostraron que el haloperidol era efectivo en las náuseas y los vómitos inducidos por la apomorfina. Posteriormente, el haloperidol ha sido usado con frecuencia como un antiemético durante más de 40 años, a pesar de la carencia de datos clínicos de eficacia y efectos secundarios.

La comunidad científica de anestesiología cuestiona el uso del haloperidol a pequeñas dosis y en 2007 la FDA emitió una alerta pidiendo que se revisara la ficha del haloperidol, sobre todo si es administrado intravenoso. Algunos de los estudios muestran efectos secundarios de la prolongación del intervalo QT, otros muestran efectos secundarios de sedación, síntomas extrapiramidales y clínica significativa de prolongación del intervalo QT. (Rosow et al).

Se usan pequeñas dosis de haloperidol para la prevención de las náuseas y vómitos posquirúrgicos en adultos. Una reciente revisión sistemática de los 23 ensayos clínicos controlados, producidos entre 1962 y 1988, expuso los datos de pacientes de gastroenterología, quimioterapia y radioterapia que recibieron haloperidol como antiemético. Ningún estudio se refiere a su uso en paritorios. La revisión expone que para prevención de náuseas y vómitos posquirúrgicos 0,25 mg no son efectivos; 1 mg aporta un beneficio 1,53 veces comparado con placebo; 2 mg comparados con placebo, aportan un beneficio de 1,73 veces. En gastroenterología, 2 mg de haloperidol fueron más efectivos que 1 mg. Para quimioterapia y radioterapia no se puede concluir eficacia.

Con 4 mg, un paciente tuvo síntomas extrapiramidales y con 5 mg la sedación se incrementó con un riesgo relativo de 2,09 veces de necesitar tratamiento. En resumen, dosis de haloperidol considerablemente más bajas que para el tratamiento de la psicosis y la agitación, son efectivas con mínima toxicidad para pacientes postoperatorios de gastroenterología. Para otros procesos clínicos y para niños los datos no permiten verificar eficacia. (Habib & Gan, 2008) Habib AS, Gan TJ. 2008.

En niños, a pesar de su mayor proporción de PONV (+70%) y mayor expresión de distress posterior a náuseas y vómitos y, por lo tanto, más susceptibles a la prevención, el resultado en el uso de fármacos es insatisfactorio (30) Tramèr MR. 2007.

Se comunican gran variabilidad de proporciones de náuseas y vómitos en este tipo de pacientes. En el estudio (31) Dagtekin O.; Wiese P. (2009) la proporción de náuseas y vómitos fue 23% vs. 57%, comparando Haloperidol + Ondansetron/Haloperidol.

En un estudio para analizar si el momento de la administración del haloperidol influye en su efectividad, los autores concluyen que es similar recibir haloperidol 2mg/iv durante la inducción de la anestesia o 30 minutos antes del fin de la cirugía. Es muy interesante que la incidencia observada de PONV fue comparada con la proporción teórica (Apfel's risk score) esperada de náuseas y vómitos que era del 60 % y en el estudio fue del 30% y 26% (32) Yao L. Yang MD, Hsien Y. Lai PhD, Jhi J. Wang PhD, Po K. 2008.

Todavía hay muchas preguntas sin contestar respecto al uso de pequeñas dosis de haloperidol como profiláctico en PONV.

Como profiláctico de la émesis en pacientes oncológicos, el haloperidol no ofrece evidencia de eficacia (33) Paul Perkins, Saskie Dorman. 2009.

No se identificaron ensayos controlados aleatorios (ECA) para determinar si el haloperidol es un fármaco útil para el tratamiento de náuseas o vómitos en pacientes con cuidados paliativos. Las náuseas y los vómitos son problemas frecuentes en pacientes con enfermedades potencialmente mortales graves y el haloperidol es un fármaco que suele recetarse para ayudar a tratar estos síntomas.

Este fármaco puede administrarse por vía oral o inyectable. Se realizaron algunas investigaciones que observaron cómo y cuándo funciona este fármaco en enfermedades causadas por cirugía y cuando se trata de prevenir la enfermedad provocada por tratamientos anticancerosos. Durante una búsqueda de literatura internacional no se encontraron estudios que consideren este tratamiento en pacientes gravemente enfermos o terminales. No hay suficientes pruebas para poder recomendar el haloperidol para el tratamiento de náuseas y vómitos en pacientes adultos que padecen enfermedades progresivas incurables.

En estudios no controlados muestran que el Haloperidol tiene alguna eficacia para este grupo de pacientes. (34) Hardy JR; O'Shea A; White C; Gilshenan K; Welch L; Douglas C. 2010.

II

¿Y para el grupo de mujeres parturientas y bebés a punto de nacer expuestos a haloperidol?

La búsqueda de artículos referentes a la efectividad del uso preventivo de haloperidol para el control de náuseas y vómitos asociados a la analgesia opiácea en el parto nos ofrece unos resultados inesperados: no existen publicaciones al respecto que no estén producidas en España, excepto un estudio producido en Alemania con datos del año 1990. Es decir solo hay un artículo publicado al respecto cuyos datos se hayan originado fuera de los hospitales españoles.

En un estudio comparativo en un hospital de Cádiz para evaluar la efectividad y la seguridad de Remifentamil vs Meperidina+Haloperidol con resultados intensidad del dolor significativamente menor y satisfacción materna mayor para el Remifentamil, datos 2006, las parturientas que reciben remifentanilo o meperidina mediante PCA intravenosa no presentan diferencias en la incidencia de náuseas. En el estudio la incidencia de náuseas y vómitos fue similar en ambos grupos de estudio, a pesar de que el grupo meperidina recibió profilaxis antiemética en todas las pacientes, lo que sugiere que quizás el uso del haloperidol no prevenga las náuseas y vómitos y si pueda producir efectos secundarios indeseables, tales como una reacción distónica aguda

durante el trabajo de parto secundaria a haloperidol (35) E. Calderón, E. Martínez, M. D. Román, A. Pernia, R. García-Hernández, L.M Torres. 2006.

En una carta al director desde un hospital de Barcelona se relata un caso de distonia aguda asociado a dosis bajas de haloperidol en el parto + meperidina. Siendo la dosis habitual de haloperidol parenteral de 2,5 a 5 mg, con una vida media de 15 a 25 horas, la dosis administrada a esta paciente, 5 mg en 12 horas, estuvo dentro del rango terapéutico y sin embargo provocó distonia.

Una característica de los neurolépticos es que los efectos secundarios se atribuyen a una respuesta idiosincrática no siempre relacionada con las dosis de fármaco administradas y es a esta respuesta a la que atribuimos la reacción de la paciente.

En esta paciente los efectos secundarios aparecidos no llegaron a poner en riesgo ni a la madre ni al feto, y se pudo esperar a la finalización del parto para administrar el tratamiento. La especial situación de la paciente obstétrica, una persona sana pero en la que tenemos que tener en cuenta el paso placentario de cualquier fármaco y sus efectos en el feto, nos limita el margen de actuación sobre efectos secundarios. (25) Martínez Fernández, G. 2004.

Un estudio que compara diferentes analgesias en el parto en un hospital de Huelva, incluida dolantina más haloperidol; expone como resultados: la duración total del parto fue significativamente más corta en el grupo control (no analgesia ni anestesia) y en el de sedación (meperidina +haloperidol) que en los grupos de analgesia epidural e intradural. Esta diferencia no se modificaba al considerar la paridad de las pacientes. Los partos con terminación eutócica fueron más frecuentes en el grupo control y de sedación, con diferencias en relación con los grupos de analgesia.

Los partos vaginales instrumentales fueron más frecuentes en el grupo de analgesia (epidurales + intradurales) que en el resto de los grupos, mientras que la cesárea fue significativamente más frecuente en el grupo de analgesia epidural que en el resto de los grupos analizados. No se estudia náuseas y vómitos (datos 1999/2000). En este estudio unen el grupo control y el grupo de sedación vs el grupo de anestesia para exponer algunos resultados (36) J.C. Santos, A. Ruano, P.J. Beltrán, C. Álvarez y M. Cosculluela. 2004.

Un estudio en el hospital Costa del Sol de Málaga, datos 1999, donde no se estudian las náuseas ni los vómitos con el uso de la meperidina, ni se sabe si unieron o no haloperidol a la meperidina. (18) Hospital Costa del Sol, Málaga, 2003.

Y el estudio que compara Nalbupine vs el coctel Dolantina/Atosil/Haldol en un hospital de Colonia, Alemania, con resultados a favor de Nalbupine con número de partos espontáneos mayor, ph de la arteria umbilical mayor y menos disturbios respiratorios de adaptación en el bebé. No se estudian nauseas ni vómitos, datos 1990. (37) Schwickerath, J., Wolff, F. 1991.

Por lo tanto el único estudio que se acerca a la acción del haloperidol en la prevención de náuseas y vómitos tras administración opiácea en el parto, encuentra que las parturientas que recibieron meperidina+haloperidol presentan estos efectos secundarios en la misma proporción que las que recibieron el agonista opiáceo Remifentamil sin un antiemético preventivo.

En los hospitales y clínicas españolas la dolantina=petidina=meperidina se usa en los partos con una frecuencia aproximada del 17% (hospital CCAA Andalucía, 2010) y en un porcentaje de casos desconocido se asocia al haloperidol, antipsicótico de primera generación de la clase de las butiferas que puede producir efectos secundarios severos en la madre y desconocidos para el bebé, además de potenciar la depresión y la hipotensión del SNC producida por los opiáceos.

La información del consumo hospitalario de Haloperidol no es posible obtenerla para el conjunto del Sistema Nacional de Salud de España; actualmente la Dirección General de Farmacia y productos sanitarios está trabajando en el desarrollo de este sistema de información. Únicamente podríamos obtener los datos de consumo del haloperidol en el ámbito de la atención primaria, información obtenida del procesamiento de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud facturadas a través de las oficinas de farmacia



Respecto a los potenciales efectos adversos del haloperidol, se pueden producir por el bloqueo de receptores dopaminérgicos tipo 2 en el estriado, lo que causa efectos adversos motores y por el bloqueo de receptores de dopaminérgicos tipo 2 en la hipófisis, lo que causa elevación de prolactina, e incluyen somnolencia, alucinaciones, letargia, reacciones paranoides, náuseas, vómitos, hipotensión, urticaria, akinesia, síntomas extrapiramidales, diskinesias, síndrome neuroléptico maligno (rigidez muscular, trastornos de la transpiración hiperirexia e inestabilidad autónoma que puede amenazar la vida), arritmias cardiacas y torsades de pointes son reportados por vía oral, intramuscular e intravenosa.

Una característica de los neurolépticos es que los efectos secundarios se atribuyen a una respuesta idiosincrática no siempre relacionada con las dosis de fármaco administradas. (ANEXO: FICHA DEL HALOPERIDOL).

Las fichas técnicas de Haloperidol se refieren siempre a su efecto antipsicótico que es lo que está aprobado Puede presentar interacciones farmacológicas:

- Aumentando los efectos antihipertensivos de otros fármacos excepto la guanetidina cuya acción puede ser antagonizada.
- Puede producir un efecto depresor del SNC aditivo si se emplea junto a otros depresores del SNC; las dosis de lo otros agentes deberían reducirse.
- Puede disminuir los efectos de levodopa.

Su seguridad y eficacia no se han establecido en bebés. Se recomienda que se use durante el embarazo solo si es claramente necesario y tiene un riesgo de categoría C, es decir, algunos estudios en animales muestran efectos adversos y no hay estudios controlados en humanos.

Sus ventajas potenciales son:

- La formulación intramuscular para el uso en emergencias.
- La formulación depot para el uso en incumplidores.
- Los respondedores a dosis bajas pueden tener una eficacia sobre los síntomas positivos y negativos comparable a la de los antipsicóticos atípicos.
- Bajo coste.

Las desventajas potenciales son:

- Pacientes que desean evitar la discinesia tardía y síntomas extrapiramidales.
- Poblaciones vulnerables como ancianos y niños.
- Pacientes con importantes síntomas cognitivos y afectivos.

Problemas potenciales con el Haloperidol

- Somnolencia, alucinaciones, letargia, reacciones paranoides, nauseas, vómitos, sudación hipotensión, urticaria.
- Síndrome neuroléptico maligno (SNM). Los pacientes más sensibles a efectos extrapiramidales pueden desarrollar SNM, cuyos síntomas son rigidez muscular, trastornos de la transpiración, hiperpirexia e inestabilidad autónoma que puede amenazar su vida. (38) Rodríguez Palomares, C., Garfias Arviz, A. 2007.

IV

¿Qué dicen los profesionales respecto al uso de haloperidol + meperidina en los hospitales españoles?

Matrona A. J.

“Yo empecé a trabajar de matrona en los años 90 y ya se ponía en todos los hospitales por los que pasé, que fueron bastantes. Lo prescribían los tocólogos y lo tenían que firmar ellos en historia, al ser la dolantina un psicotrópico, la cual estaba en un botiquín especial bajo llave, con la correspondiente responsabilidad en su administración y en contaje de las ampollas vacías (se llevaba un recetario para farmacia).”

Matrona H. B. CCAA Andalucía.

“Creo que desde que terminé la especialidad la he visto usar (y la he usado) en varias ocasiones como método de alivio del dolor en mujeres en fase latente... En cualquier caso te digo, en mi hospital se pone (y en el anterior hospital donde trabajé también se

ponía), lo administra la matrona aunque en algunos casos se "notifica" al obstetra de guardia, se pone en fase latente (aunque las hay y los hay más aventurados y la ponen al inicio de la fase activa). Yo actualmente, quizá una o dos veces al año... Pero en mi hospital así de cabeza pueden ser 6 o 7 veces al mes (60 partos al mes). [...] La pondría en casos muy muy excepcionales y si he agotado otras alternativas."

Ginecóloga C. P. CCAA Aragón.

"Yo acabé al residencia de gine en el 1994, y entonces se empezó a universalizar la epidural, y se dejó de usar eso. Las mujeres, algunas dilataban de golpe muuucho, tras horas de atasco y a punto de cesárea, por ejemplo, pasar de 4 cm a 9 o completa... y otras relataban experiencias de no poder expresarse pero sentir igual el dolor, o malestar.

Era el recurso perfecto para las "descontroladas". Yo pasé a residencia dando la mano a mujeres "descontroladas", para no drogarlas... Y recuerdo aún mucho la sensación de hacer eso y más, de acompañamiento empático, pero a escondidas, a veces, y delante de compañeros que se reían de mí... Recuerdo la angustia que produce ser siempre la rara o mala profesional, lo peligrosa... o hippy o tal. Tú entonces ya no vales para todo lo demás."

Matrona C.P. CCAA Madrid.

"En el hospital se suele utilizar el cocktail para las mujeres prodrómicas y para las inducciones durante la noche. Se administra 1/2 ampolla de Dolantina + 1/2 Haloperidol, generalmente intramuscular, pero algunas compañeras lo administran vía intravenosa. Mi experiencia es que las mujeres que están asustadas les sienta fatal, lo que se conoce como "un mal viaje" entre los consumidores de drogas. Si la mujer está confiada y se le pone para dormir a veces le ayuda a dilatar más rápido. Si se desencadena el parto y se produce poco tiempo después, el bebé cuando nace está deprimido y le cuesta trabajo adaptarse, pero funciona pocas veces. Siempre lo pauta el ginecólogo, aunque algunas compañeras lo administran por su cuenta y luego lo pautan los médicos para que conste en la Historia clínica."

Matrona S.E. CCAA Aragón.

"He utilizado durante muchos años este cóctel. Los efectos más rápidos eran una inhibición del dolor del parto, con rapidez. La mujer entraba en somnolencia de forma rápida y, claro, el dolor no se percibía como tal. En otras ocasiones, por el contrario, se conseguía un efecto adverso: la mujer se descontrolaba de tal manera que no era ella, la que había conocido con el dolor de parto, antes de ponerle la medicación. Cuando tenía que pujar, las fuerzas se habían diluido, aunque no puedo decirte mucho sobre esto, porque tengo pocos recuerdos.

Poníamos oxitocina en todos los casos, salvo que la mujer viniera pariendo. La oxitocina era obligada desde que empecé a trabajar, que fue en 1997. Y oxitocina,

decúbito supino, era demasiado. Allí se ponía el coctel con muchísima frecuencia. Era el médico quien nos firmaba la medicación. No teníamos autonomía, salvo para poner Buscapina o Nolotil.

Primero poníamos una Dolantina y medio Haloperidol intramuscular. Después hacíamos esta mezcla y poníamos media dosis intramuscular y media intravenosa. Esta última cuando la mujer tenía contracción. Se ponía despacio en tres, cuatro contracciones. Cuando se vio que si se ponía toda la dosis en una contracción suponía una reacción rápida, la mujer se quedaba tan dormida que comenzaba a tener una respiración fuerte como ronquidos, y respondía mal a los estímulos. La Dolantina necesitaba receta, la guardábamos en caja fuerte. No sé cuándo se dejó de utilizar en el hospital, quizás hasta que la epidural fue masivamente utilizada y cuando la mujer no quería que se utilizara analgesia (2000)."

Matrona A.J.

"Yo empecé a trabajar de matrona en los años 90 y ya se ponía en todos los hospitales por los que pasé, y fueron bastantes. Lo prescribían los tocólogos y lo tenían que firmar ellos en historia, al ser la dolantina un psicotrópico, la cual estaba en un botiquín especial bajo llave, con la correspondiente responsabilidad en su administración y en contaje de las ampollas vacías (se llevaba un recetario para la farmacia). Como en aquella época, los protocolos hospitalarios sobre el parto, lo habitual eran las "estimulaciones", nada más empezar a hacer efecto la oxitocina intravenosa y la inmovilidad "obligatoria" por la "necesidad" de una monitorización permanente, hacía que la mujer se subiese literalmente por las paredes. Con este cocktail, las mujeres perdían la consciencia de la realidad del momento y el dolor no se les quitaba, había gines que les añadían Valium. Se calmaban un ratito, pero las experiencias que luego contaban no eran agradables. Muchas de ellas se quejaban del dolor, más, se "destarifaban", tenían ataques de ansiedad... etc. Todo esto a veces sin la presencia de un acompañante, lo que suponía el miedo y además la tortura.

A nivel profesional, a mí no me gustaba. Los bebés también nacían algunos bastantes deprimidos o con problemas de adaptación extrauterina, meconios y disstres respiratorios, en bastantes ocasiones se les separaban para ir a neonatos durante horas."

V

Los bebés son competentes mucho antes de nacer. Están dotados de una organización neuropsicológica que los vuelve aptos, antes de cualquier experiencia, de cualquier aprendizaje, para percibir, procesar y estructurar las informaciones que llegan de su entorno y por lo tanto también son competentes durante el parto.

El uso terapéutico y los efectos adversos de este antipsicótico llamado haloperidol, como fármaco de elección en la prevención de las náuseas y los vómitos tras la administración de la analgesia opiácea en el parto, es un fenómeno de interés para la comunidad enfermera ya que *“la posibilidad de su administración intramuscular por parte de las matronas, sin necesidad de supervisión médica directa, favorece la extensión y perpetuación de su uso en áreas obstétricas”*. (25) Martínez Fernández, G., Plaza Moral, A. 2004. Las palabras de estos especialistas expresan que el fenómeno lo relacionan con la práctica enfermera. El estudio de esta prescripción puede ser contributivo a la historia natural de la prescripción enfermera en España.

La petidina disturba la interacción madre-bebé y otros muchos efectos indeseables y el haloperidol, además de no conocer su eficacia como antiemético en la analgesia opiácea en el parto, puede potenciar la interacción disturbada, la hipotensión y presentar efectos secundarios atribuidos a una respuesta idiosincrática, no siempre relacionada con las dosis de fármaco administradas.

Son necesarios estudios que provean de conocimientos acerca de la efectividad, tiempo óptimo de administración, dosis-respuesta, seguridad y, sobre todo, probar su no toxicidad para el bebé, la mamá y el desarrollo del parto.

Mientras tanto, **ADIOS HALOPERIDOL.**

ANEXO 1. FICHA DEL HALOPERIDOL

ACCION Y MECANISMO

- [ANTIPSICOTICO] tipo butirofenona. Posee una elevada actividad antipsicótica y antiemética. Actúa antagonizando los receptores centrales y periféricos de la dopamina, siendo parcialmente selectivo para los receptores D2.
- Acción antipsicótica: Su mecanismo de acción no se conoce por completo, pero parece estar relacionado con su capacidad para bloquear los receptores D2 de la dopamina del sistema límbico y los ganglios de la base. Hay una relación directa entre la potencia antipsicótica y frecuencia de efectos extrapiramidales con la afinidad por el receptor D2 de la dopamina.
- Acción antiemética: debido al antagonismo de los receptores de la dopamina en la zona gatillo quimiorreceptora del nervio vago.

El haloperidol tiene una potente actividad antagonista de los receptores opioides y posee una leve actividad antagonista de los receptores colinérgicos muscarínicos, receptores histamínicos H1, receptores alfaadrenérgicos y serotoninérgicos (5-HT1A y 5-HT2). Al igual que otros fármacos neurolépticos el haloperidol produce sedación sin sueño, con un estado de tranquilidad, controla la agresividad mientras que las alucinaciones y los delirios desaparecen gradualmente. Estos efectos se deben fundamentalmente al antagonismo de la dopamina aunque las acciones en otros receptores como los histamínicos H1 pueden potenciar estas acciones.

- Incrementa la secreción de prolactina, al bloquear los receptores de dopamina.
- Haloperidol carece casi por completo de efectos anticolinérgicos. Tiene ligeros efectos sedantes e hipotensores. Por el contrario, sus efectos extrapiramidales son considerables.

Haloperidol suele ser de elección en el control rápido de estados psicóticos hiperactivos.

FARMACOCINÉTICA

- Absorción: Su biodisponibilidad es del 60% (oral). Sufre metabolismo de primer paso. La absorción es rápida.
* T_{max}=2-6 h, oral; 10-20 min, im.
La concentración terapéutica es de 5 a 20 µg/l.
- Distribución: Se distribuye ampliamente en el organismo, alcanzando altos niveles en el tejido adiposo. El grado de unión a proteínas plasmáticas es del 92%. El volumen de distribución es de 20 l/kg.

- Metabolismo: Es metabolizado en el hígado. La principal vía de metabolismo implica una N-desalquilación oxidativa que produce metabolitos piperidínicos y el ácido 4-fluorobenzoilpropiónico dando. También da lugar entre otros a hidroxihaloperidol con actividad farmacológica considerablemente menor a haloperidol.
- Eliminación: Se elimina con las heces y la orina (40%), en un 1% en forma inalterada. Su semivida de eliminación es de 13-40 h.

INDICACIONES

- [ANSIEDAD]: tratamiento sintomático coadyuvante de la ansiedad grave en caso de ineficacia de las terapéuticas habituales.
- [AGITACION] psicomotora: estados de [MANIA], [DELIRIUM TREMENS].
- [PSICOSIS]: agudas y crónicas. [DELIRIO] crónico, delirios paranoide y esquizofrénico.
- Movimientos anormales: [TICS] motores, tartamudeo y síntomas del [SINDROME DE GILLES TOURETTE] y [COREA].
- [VOMITOS]: de origen central o periférico (por antimitóticos, post-radioterápicos).
- [HIPO] persistente.
- [PREMEDICACION ANTES DE UNA INTERVENCION]: Anestesia en premedicación y mezclas anestésicas.

Para los comprimidos de 10 mg:

- [ESQUIZOFRENIA]: esquizofrenia crónica que no responda a la medicación antipsicótica normal, preferiblemente en menores de 40 años.
- [PSICOSIS] agudas: tratamiento de ataque.

POSOLOGIA

Vía oral:

- Adultos: dosis inicial, 0,5-2 mg/8-12 h. Dosis de mantenimiento, 1-15 mg diarios (dosis mayores en casos graves o resistentes) repartidos en 2-3 veces al día. Comprimidos de 10 mg (esquizofrenia crónica, tratamiento de ataque de psicosis agudas): dosis inicial recomendada, 15 mg/día, aumentándola un 50% cada semana hasta desaparición de los síntomas (en casos resistentes hasta 60-100 mg diarios), en dosis fraccionadas en 2-3 tomas diarias.
- Niños: generalmente 0,05 mg/kg/día. Mayores de 5 años: 0,5 mg/12 h. Menores de 5 años: 0,25 mg/12 h. En caso necesario, adaptar las dosis infantiles progresivamente, igual que en los adultos, hasta llegar a la mitad de la dosis de adultos.

Vía parenteral:

- Adultos: Vía intramuscular o intravenosa lenta: la dosis usual es de 5-10 mg/12-24 h, no obstante, en casos graves, se pueden administrar dosis de 5 mg incluso cada hora, aunque es suficiente un intervalo de 4-8 h (la vía iv está reservada para

grandes urgencias). En los cuadros de agitación conviene comenzar por vía parenteral.

- Nota: El tratamiento de mantenimiento será siempre individual, disminuyendo la dosis hasta un nivel mínimo eficaz una vez desaparecida la sintomatología (en síndrome de Gilles de la Tourette la dosis de mantenimiento puede alcanzar los 10 mg/día o más). En caso de fracaso terapéutico, no prolongar el tratamiento más de un mes.
- El gotero dosifica 20 gotas por ml, por lo que cada gota contiene 0,1 mg de haloperidol.
- Normas para la correcta administración:
 - Comprimidos: Tragar entero o fraccionados, acompañados por una pequeña cantidad de líquido.
 - Gotas: Pueden administrarse directamente, o bien, diluidas en agua u otro líquido, excepto café o té.
 - Inyectable: IM o IV lenta.

CONTRAINDICACIONES

- Alergia al haloperidol o [ALERGIA A BUTIROFENONAS].
- [DEPRESION SISTEMA NERVIOSO CENTRAL] o estados de [COMA].
- [ENFERMEDAD DE PARKINSON]: debido a la potenciación de los síntomas extrapiramidales.

PRECAUCIONES

- Alteraciones cardiovasculares graves ([INSUFICIENCIA CARDIACA] o [INSUFICIENCIA CORONARIA]): debido al riesgo de hipotensión y/o desencadenamiento de dolor anginoso. En caso de ser necesario un tratamiento vaso-opresor, no debe utilizarse adrenalina debido a que el haloperidol antagoniza su actividad y puede producir hipotensión paradójica.
- [DIABETES]: puede provocar una alteración de los niveles de glucosa en sangre.
- Efectos pulmonares: Descritos casos de bronconeumonía (a veces fatal) tras la administración de antipsicóticos.
- [EPILEPSIA]: los neurolépticos pueden disminuir el umbral convulsivo, con riesgo de crisis convulsivas, especialmente en pacientes de alto riesgo.
- [DEMENCIA]: el uso de antipsicóticos clásicos en pacientes ancianos con demencia relacionada con psicosis se ha asociado con un incremento de mortalidad. Muchas de estas muertes fueron atribuidas a eventos cardiovasculares (ej.: fallo cardiaco o muerte súbita) o infecciones (por ejemplo, [NEUMONIA]). No se dispone de datos suficientes para establecer diferencias de riesgo entre antipsicóticos clásicos y atípicos o entre antipsicóticos individuales. Por otro lado, los datos disponibles hasta el momento en relación a los riesgos de [ARRITMIA CARDIACA] y [ATAQUE ISQUEMICO TRANSITORIO] no muestran diferencias entre los antipsicóticos típicos y los atípicos. Por tanto, se recomienda precaución en el uso de este medicamento en pacientes ancianos con demencia.

- [PROLONGACION DEL INTERVALO QT]: se ha observado alteraciones del ECG y un incremento del riesgo de prolongación del intervalo QT y de torsades de pointes, especialmente en pacientes con factores predisponentes como alteraciones del equilibrio electrolítico, sobre todo [HIPOPOTASEMIA] o [HIPOMAGNESEMIA], o bien [HIPOTIROIDISMO].
- [DEPRESION]: debido su efecto depresor sobre el sistema nervioso central.
- [FEOCROMOCITOMA]: puede provocar reacciones de hipertensión, que pueden ser graves en pacientes con feocromocitoma.
- [GLAUCOMA EN ANGULO CERRADO], [HIPERTROFIA PROSTATICA] o [RETENCION URINARIA]: Aunque sus efectos anticolinérgicos no suelen ser notables, puede aumentar la presión intraocular y/o producir retención urinaria, sobre todo en ancianos.
- [HIPERTIROIDISMO]: puede agravarse la sintomatología por posible potenciación de la neurotoxicidad.
- [INSUFICIENCIA HEPATICA]: dado que se metaboliza mayoritariamente en el hígado, debe ajustarse la dosis al grado de incapacidad funcional del mismo.
- [INSUFICIENCIA RENAL]: dado que se elimina mayoritariamente por vía renal, debe ajustarse la dosis al grado de incapacidad funcional renal.
- [REACCIONES DE FOTOSENSIBILIDAD]: no es recomendable una exposición prolongada al sol ante el riesgo de que puedan producirse manifestaciones de fotosensibilidad.
- [SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO]: ha sido descrito rara vez, siendo en ocasiones fatal. Se aconseja interrumpir el tratamiento inmediatamente. En pacientes con antecedentes de síndrome neuroléptico maligno ha habido descrito recurrencias con la reintroducción del tratamiento antipsicótico.
- [TRASTORNO BIPOLAR]: la administración de haloperidol puede favorecer la aparición rápida de un episodio depresivo.
- Pacientes tratados concomitantemente con litio: en raras ocasiones se ha descrito la aparición de un síndrome encefalopático agudo con daño cerebral irreversible, tras la utilización concomitante de litio y haloperidol. La relación de causalidad no ha sido completamente establecida.

ADVERTENCIAS/CONSEJOS. CONSEJOS AL PACIENTE:

- Advierta a su médico si se está embarazada, pretende estarlo o está en periodo de lactancia.
- Las gotas pueden administrarse directamente, o bien, diluidas en agua u otro líquido, excepto café o té.
- Comunicar al médico si aparecen temblores, ictericia, alteración de la visión o movimientos musculares involuntarios.
- Advierta a su médico si está utilizando litio, medicamentos para la epilepsia, el Párkinson o para tratar la falta de sueño.
- Este medicamento puede alterar la capacidad de conducción de vehículos. La somnolencia y los mareos suelen remitir a las pocas semanas de iniciado el tratamiento.
- Se debe aconsejar no tomar bebidas alcohólicas.

- No se recomienda la exposición prolongada al sol durante el tratamiento ya que pueden aparecer reacciones de fotosensibilidad.
- Evitar la exposición a temperaturas elevadas por el riesgo de hipertermia o golpe de calor.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

- >> Se han notificado casos de TEV (incluyendo embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda) asociados al uso de medicamentos antipsicóticos. Identificar factores de riesgo antes y durante el tratamiento para establecer las medidas preventivas apropiadas.
 - >> Los pacientes de edad avanzada con demencia asociada a psicosis tratados con antipsicóticos atípicos tuvieron mayor riesgo de muerte, generalmente de origen cerebrovascular, comparado con placebo. No se puede excluir el aumento de este riesgo con otros fármacos antipsicóticos o en otras poblaciones de pacientes.
 - >> Pueden prolongar el intervalo QT con riesgo de comienzo de arritmias ventriculares. Excluir posibles factores de riesgo, antes y durante el tratamiento.
- Se recomienda evaluar periódicamente la aparición de efectos extrapiramidales.
 - Se aconseja la suspensión gradual de tratamientos prolongados, para evitar el riesgo de síndrome de retirada o la rápida recaída en la enfermedad.
 - Durante tratamientos crónicos deben realizarse recuentos sanguíneos periódicos.
 - Dosis elevadas o tratamientos prolongados pueden aumentar considerablemente el riesgo de discinesia tardía.
 - En los pacientes que requieran un tratamiento con antiparkinsonianos para el control de los efectos extrapiramidales ocasionados por haloperidol puede ser necesario continuar la administración del fármaco antiparkinsoniano durante un periodo de tiempo después de la suspensión del haloperidol para prevenir la reaparición de estos síntomas.
 - El tratamiento debe ser suspendido inmediatamente en el caso de que el paciente experimente algún episodio de fiebre (41°C) o rigidez muscular grave, con alteraciones respiratorias.

INTERACCIONES

- Alcohol etílico: hay algún estudio en el que se ha registrado potenciación de la toxicidad de haloperidol, con aparición de descoordinación motriz, más acusado en el caso de flupentixol. No se ha establecido el mecanismo.
- Anticolinérgicos (benzotropina): hay estudios en los que se ha registrado aparición de toxicidad, con reacciones de hiperpirexia, así como inhibición del efecto antipsicótico de haloperidol.
- Antidepresivos tricíclicos (desipramina, imipramina): hay algún estudio en el que se ha registrado aumento de los niveles plasmáticos de antidepresivo, con posible potenciación de la toxicidad, por inhibición de su metabolismo hepático.
- Fluoxetina: hay algún estudio en el que se ha registrado potenciación mutua de la toxicidad, con aparición de síntomas extrapiramidales.

- Fluvoxamina, Venlafaxina: hay algún estudio en el que se ha registrado aumento de los niveles plasmáticos de haloperidol, con posible potenciación de su acción y/o toxicidad, por posible inhibición de su metabolismo hepático.
- Epinefrina: la administración simultánea puede bloquear los efectos alfaadrenérgicos de la epinefrina, pudiendo dar lugar a hipotensión y taquicardia graves.
- Hipokalemiantes (agonistas beta-adrenérgicos, anfotericina B, corticoides, diuréticos no ahorradores de potasio, laxantes). La hipopotasemia podría incrementar el riesgo de prolongación del intervalo QT y la aparición de arritmias cardíacas ventriculares graves como la torsade de pointes. Se aconseja extremar las precauciones en estos pacientes, controlando la kalemia y corrigiéndola en caso de hipopotasemia.
- Indometacina: hay algún estudio en el que se ha registrado una potenciación de la toxicidad de haloperidol, con somnolencia y fatiga. No se ha establecido el mecanismo.
- Imipenem. La administración conjunta de imipenem con haloperidol podría dar lugar a una reducción transitoria y reversible de la presión arterial, que normalmente no necesita tratamiento.
- Inductores enzimáticos tales como fenitoína, carbamazepina, fenobarbital, rifampicina y tabaco: Haloperidol se metaboliza por el citocromo CYP3A4, 2D6 y 1A2, por lo que hay riesgo de inducción del metabolismo microsómico del haloperidol, con un incremento de su aclaramiento y una disminución de las concentraciones plasmáticas de este fármaco.
- Levodopa: hay estudios con otros antipsicóticos antidopaminérgicos en los que se ha registrado inhibición mutua de sus efectos.
- Litio (carbonato de litio): en raras ocasiones, se ha descrito la aparición de un síndrome encefalopático agudo tras la utilización concomitante de litio y haloperidol, fundamentalmente cuando la concentración sérica de litio es elevada. La administración simultánea con litio puede producir fiebre y alteraciones neuromusculares con deterioro del estado de conciencia.
- Metildopa: se ha descrito la aparición de demencia en pacientes que reciben tratamiento concomitante con metildopa y haloperidol.
- Prolongadores del intervalo QT (adenosina, antagonistas 5-HT₃, antiarrítmicos de clase Ia y III, antidepresivos a altas dosis, ciertos antihistamínicos H₁, antipalúdicos, trióxido de arsénico, formoterol, contrastes de gadolinio, ivabradina, levacetilmetadol, levosimendan, macrólidos, pentamidina, algunas fluoroquinolonas, dasatinib, sunitinib, suxametonio, tacrolimús, vardenafilo). La administración conjunta de antipsicóticos aumenta el riesgo de aparición de arritmias cardíacas graves, tipo torsade de pointes, potencialmente fatales. Se recomienda evitar la asociación, y si fuera inevitable, monitorizar estrechamente la funcionalidad cardíaca.
- Propranolol: hay un estudio en el que se ha registrado hipotensión y depresión cardiopulmonar, por posible adición de sus efectos farmacológicos.
- Quinidina: hay algún estudio en el que se ha registrado aumento de los niveles plasmáticos de haloperidol, con posible potenciación de su acción y/o toxicidad. No se ha establecido el mecanismo.

- Tacrina: hay algún estudio en el que se ha registrado potenciación de la toxicidad, con síntomas de parkinsonismo, por posible adición de sus efectos sobre la actividad de acetilcolina.
- Trazodona: hay estudios en los que se ha registrado aumento de los niveles plasmáticos del metabolito de trazodona, con posible potenciación de la acción y/o toxicidad, por inhibición de su metabolismo hepático.

ANALISIS CLÍNICOS

- Sangre: aumento (biológico) de transaminasas (ALT y AST), fosfatasa alcalina, bilirrubina, gamma glutamiltransferasa (GGT), litio, prolactina, TSH RH, testosterona. Aumento o reducción (biológica) de TSH.

EMBARAZO

Categoría C de la FDA. Los estudios sobre animales, utilizando dosis 2-20 veces superiores a las terapéuticas humanas, han registrado efectos embriotóxicos y teratógenos. No hay estudios adecuados y bien controlados en humanos, no obstante, se han dado 2 casos de anomalías en las extremidades (por ejemplo, focomelia) en recién nacidos de mujeres a las que se les administró haloperidol conjuntamente con otros fármacos potencialmente teratógenos; estos efectos no han sido atribuidos directamente al haloperidol. Algunos expertos consideran aceptado el uso en crisis psicóticas en embarazadas. El uso de este medicamento sólo se acepta en caso de ausencia de alternativas terapéuticas más seguras.

LACTANCIA

El haloperidol se excreta con la leche materna (proporción leche/plasma, 0,6-0,7). No se han registrado efectos adversos en los recién nacidos en los pocos casos documentados existentes. La Academia Americana de Pediatría clasifica el haloperidol como un fármaco cuyo efecto en el lactante es desconocido pero puede ser de importancia (por ejemplo, somnolencia, letargia, distonias y disquinesia tardía). El haloperidol está contraindicada durante el tratamiento con haloperidol debido al riesgo de aparición de efectos extrapiramidales en el recién nacido.

NIÑOS

Los pacientes pediátricos pueden ser más propensos a desarrollar reacciones neuromusculares o extrapiramidales, especialmente distonias, siendo especialmente proclives los niños con enfermedades agudas, como varicela, infecciones del SNC, sarampión, gastroenteritis o deshidratación. A causa de que los síntomas extrapiramidales pueden confundirse con los signos sobre el SNC de una enfermedad primaria no diagnosticada responsable del vómito (por ejemplo, síndrome de Reye) y otras encefalopatías, evitar el uso de antipsicóticos y otras hepatotoxinas en niños y adolescentes cuyos signos y síntomas sugieran la existencia de síndrome de Reye. Uso precautorio, recomendándose vigilancia estricta durante el tratamiento.

ANCIANOS

Los pacientes geriátricos parecen presentar una mayor predisposición a sufrir hipotensión ortostática y una mayor sensibilidad a los efectos anticolinérgicos y sedantes. También tienen más tendencia a padecer efectos secundarios extrapiramidales, como disquinesia tardía (con signos persistentes, difíciles de controlar y en algunos pacientes irreversibles). Se recomienda observación durante el tratamiento para detectar signos precoces de disquinesia tardía y la reducción o interrupción del tratamiento para evitar una manifestación más grave del síntoma. También se recomienda el control de la función cardíaca. En particular, los efectos cardiovasculares del haloperidol son menores, aunque los efectos extrapiramidales pueden ser incluso más severos (rigidez, temblor, disquinesia tardía). Los ancianos pueden presentar mayores concentraciones plasmáticas de haloperidol, por lo tanto, estos pacientes suelen necesitar una dosis inicial menor y un ajuste más gradual de la dosis.

En pacientes con demencia, el uso debe ser precautorio, puesto que los antipsicóticos típicos se han asociado con un aumento de la mortalidad en estos pacientes. El aumento del riesgo de los episodios isquémicos cerebrales parece no ser diferente al asociado con los neurolépticos atípicos.

Uso precautorio, recomendándose especial control clínico.

EFFECTOS SOBRE LA CONDUCCION

Puede afectar al tiempo de reacción por lo que puede alterar la capacidad de conducir vehículos o utilizar maquinaria. No conduzca hasta que conozca cómo le afecta este medicamento y tenga estabilizada su enfermedad.

REACCIONES ADVERSAS

- Sistema nervioso: (10-25%) [SINTOMAS EXTRAPIRAMIDALES], tales como [PARKINSONISMO], [ACATISIA], [DISTONIA] y [DISCINESIA TARDIA]. La frecuencia y severidad suelen estar relacionadas con la dosis y el inicio del tratamiento, revertiendo al disminuir la dosis o con el tratamiento con fármacos anticolinérgicos o antiparkinsonianos. No obstante, en ocasiones, pueden presentarse con dosis bajas o persistir en el tiempo, por lo que puede ser necesaria la interrupción del tratamiento. Frecuentemente, [SOMNOLENCIA], [SEDACION], [MAREO], [INSOMNIO].
- Como sucede con otros antipsicóticos, el tratamiento con haloperidol puede producir rara vez [SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO], amnifestado por hipertermia, rigidez muscular, alteraciones mentales e inestabilidad autónoma que requiere la retirada inmediata del fármaco.
- [DISCINESIA TARDIA] (<1%): puede ser irreversible y se ha descrito, fundamentalmente, durante la administración prolongada del haloperidol y en

pacientes ancianos, principalmente mujeres, que reciben dosis altas de este fármaco.

- [CONVULSIONES TONICO - CLONICAS] (<1%): el tratamiento con antipsicóticos puede favorecer la aparición de anomalías en el electroencefalograma y una disminución del umbral de convulsiones. Debido a la menor potencia para la inducción de sedación y, por lo tanto, de aparición de convulsiones secundarias a la administración de haloperidol este fármaco se ha recomendado como tratamiento antipsicótico en los pacientes con un elevado riesgo de convulsiones.
- Sangre: Poco común, [LEUCOPENIA] o [LEUCOCITOSIS] que suelen ser de intensidad moderada y reversible; también se ha observado [ANEMIA] y linfomonocitosis. La agranulocitosis es rara (<1%) y se ha descrito con el tratamiento combinado de haloperidol.
- Endocrino-metabólicas (<1%): [HIPERPROLACTINEMIA], [GALACTORREA], [MASTALGIA], [GINECOMASTIA], [PRIAPISMO], [HIPERGLUCEMIA], [HIPOGLUCEMIA], [HIPONATREMIA] y [SINDROME DE SECRECION INADECUADA DE ADH].
- Cardiovasculares (<1%): [TAQUICARDIA], [HIPOTENSION] o [HIPERTENSION ARTERIAL]. Raramente se han descrito alteraciones del ECG como [PROLONGACION DEL INTERVALO QT] y torsades de pointes en relación con la administración de dosis elevadas de haloperidol. hay un aumento del riesgo de muerte súbita de origen cardiaco en pacientes tratados con haloperidol y otros antipsicóticos.
- Gastrointestinales (10-25%): [ANOREXIA], [DIARREA], [HIPERSALIVACION], [DISPEPSIA], [NAUSEAS], [VOMITOS], [SEQUEDAD DE BOCA].
- Hepatobiliares (1-9%): disfunción hepática con [ICTERICIA] y eosinofilia en la que se sugiere la implicación de una reacción de hipersensibilidad al haloperidol. El inicio de esta afectación hepática poco frecuente se suele producir durante las cuatro primeras semanas de tratamiento, pudiendo persistir los síntomas varios meses después de la interrupción de este fármaco.
- Dermatológicas (1-9%): erupciones maculopapulares y [ACNE], [DERMATITIS SEBORREICA] (parece más frecuente en pacientes en los que haloperidol ha inducido parkinsonismo. Rara vez, [REACCIONES DE FOTOSENSIBILIDAD] y [ALOPECIA].
- Alteraciones de la visión: [VISION BORROSA].
- Genitourinarias: [RETENCION URINARIA].
- Generales: descritos casos de [FIEBRE] e [HIPERPIREXIA].

SOBREDOSIS

- Síntomas: En general, son una extensión de los efectos farmacológicos. Se manifiestan generalmente con síntomas tales como reacciones extrapiramidales, midriasis, disminución de los reflejos tendinosos, hipotensión o hipertensión, taquicardia y sedación, u otros síntomas más graves como delirio, coma, depresión respiratoria, convulsiones, hipotermia o hipertermia, cambios en el ECG y arritmias cardíacas.

- Tratamiento: Sintomático y medidas de soporte, incluyendo mantenimiento de signos vitales, vías aéreas, temperatura corporal y balance de electrolitos. Debe intentarse el lavado gástrico hasta varias horas después de una sobredosis por vía oral, seguido de la administración de carbono activo y posteriormente catárticos. En caso de hipotensión severa, deben instituirse inmediatamente medidas de soporte como fluidos iv y norepinefrina o dopamina (nunca utilizar epinefrina-adrenalina-). Las convulsiones pueden tratarse con diazepam o fenitoína iv. En caso de reacciones extrapiramidales graves, debe administrarse tratamiento antiparkinsoniano (benztropina), continuándose durante varias semanas. Este tratamiento debe suspenderse de forma gradual para evitar la aparición de síntomas extrapiramidales de rebote. Las fenotiazinas no son dializables. La hemodiálisis, la diálisis peritoneal, las transfusiones y la hemoperfusión forzada no son probablemente eficaces.

FECHA DE APROBACION/REVISION DE LA FICHA:

Mayo de 2009.

Fuente: Base de datos del Conocimiento Sanitario, que edita el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Newton, N., Foshee, D., Newton, M. "Parturiente mice: Effect of environment on labor". Science. 1966; 151:1560-61.
- (2) Odent M. "The fetus ejection reflex. Birth." 1987; 14: 104-105.
- (3) Gutman, Laura. "La maternidad y el encuentro con la propia sombra", Editorial del nuevo extremo, 2003.
- (4) Schmidt, Verena. "El dolor del parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor", Editorial Ob Stare, 2010.
- (5) www.sego.es
- (6). Callister LC, Khalaf I, Semenic S, Kartchner R, Vehvilainen-Julkunen K. The pain of childbirth: Perceptions of culturally diverse women. Pain Manag Nurs. 2003 Dec; 4(4):145-54.
- (7) Hutter Epstein, Randi. "¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto" (,1ª edición Turner Publicaciones, 2010.
- (8) Corbett CA, Callister LC. Nursing support during labor. Clin Nurs Res. 2000 Feb;9(1):70-83.
- (9). Arbués,E, Esther Azón,E ; "Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo, Nure Investigación, nº 41, Julio - Agosto 2009, 1.
- (10). Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia de atención al parto en el Sistema Nacional de Salud Edición digital, 2010.
- (11) Sociedad española de anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor. Disponible en <http://www.sedar.es>
- (12) Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4)(4):CD000331.
- (RW.ERROR - Unable to find reference:746), (9), 9, CD007396, England
- (Anderson, 2011)"A review of systemic opioids commonly used for labour pain relief". J. Midwifery womens health, 2011, 56, 3, 222-239.

- (15) Samuel Evron, Marek Glezerman, Oskar Sadan, Mona Boaz, and Tiberiu Ezri, *Anesth Analg*, "Remifentanil: A Novel Systemic Analgesic for Labor Pain", 2005; 100 233-238, enero 2005.
- (16) Khooshideh M, Shahriari A. A comparison of tramadol and pethidine analgesia on the duration of labour: A randomised clinical trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009 Feb;49(1):59-63.
- (17) Margo McCaffery y Alexandra Beebe. *"Dolor. Manual clínico para la práctica de enfermería"*, Ed. Paradigma tec.s.l. 1993).
- (18) Garrido Luque, B. Procedimiento específico, Sedación en el trabajo de parto. Hospital Costa del Sol, Málaga. 2003. Revisado Higuero, J.C. 2008
- (19) E. Calderón, E. Martínez, M. D. Román, A. Pernia, R. García-Hernández, L.M Torres. *"Remifentalino intravenoso mediante infusor elastomérico frente a meperidina intramuscular. Estudio comparativo en analgesia obstétrica"*. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 7: 462-467; 2006.
- (20) Booth JV, Lindsay DR, Olufolabi AJ, El-Moalem HE, Penning DH, Reynolds JD. *"Subarachnoid meperidine (pethidine) causes significant nausea and vomiting during labor. the duke women's anesthesia research group"*. *Anesthesiology*. 2000 Aug; 93(2):418-21.
- (21) Rajan L. *"The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding"*. *Midwifery*. 1994 Jun; 10(2):87-103.
- (22) Álvarez Figueredo, Z.C.; Barco Díaz, V.; Vílchez Melgarejo, J.L.; Navarro Jiménez, M.C.; Sánchez Martínez, M.P. *"Bienestar materno-infantil por analgesia preventiva con meperidina subcutánea en la operación cesárea"*. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 4. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n4/p013.php>).
- (23) *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1999 Jan 20; 119(2): 234-6.
- (24) Mesa Somé M^a. V.; Higuero Macías J.C.; Cuevas Lozano A.; Berrocal Fraiz, M. L.; Marín García J.M. *"Uso de la meperidina como alivio del dolor durante el trabajo de parto en el hospital Costa del Sol"*, 1999.
- (25) Martínez Fernández, G., Plaza Moral, A., Miro Descarga, P., Arguis Gimeno, M.J., Gomar Sancho, C. *"Acute dystonia due to haloperidol during labor"*. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2004 Apr; 51 (4):229-31.
- (26) Boga, A.; Barrios, B.; Sanz, F.; Hernández García, J.M. *"Acción de la meperidina sobre la contracción uterina y la evolución del parto"*, *Enfermería Científica*, 1998 194-195, mayo-junio 1998).

(27) Steven M. Grumberg, Kirit V. Gala. Comparison of antiemetic effect of high-dose intravenous metoclopramide and high-dose intravenous haloperidol in a randomized double-blind crossover study. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 2, No 7 (July) 1984.

(28) Richards JR; Weiss SJ; Bretz SW; Schneir AB; Rinetti D; Derlet RW. "The effects of the FDA warning on the use of droperidol by u.s. Emergency physicians". *Cal J Emerg Med*; 4(1):3-9, 2003 Jan.

(29) Habib AS, Gan TJ. "Haloperidol for postoperative nausea and vomiting: Are we reinventing the wheel?" *Anesth Analg*. 2008 May; 106(5):1343-5.

(30) Tramèr MR. "Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting in children. An evidence-based approach". *Ann Fr Anesth Reanim*. 2007 Jun; 26(6):529-34. Epub 2007 May 22.

(31) Studio Dagtekin, O., Wiese, P., Wolter, K., Hermann, M.M., Pietruck, C., Kampe, S. "Haloperidol versus haloperidol plus ondansetron for the prophylaxis of postoperative nausea and vomiting after ophthalmologic surgery".

(32) Yao L. Yang MD,* Hsien Y. Lai PhD,* Jhi J. Wang PhD,† Po K. Wang MD,* Tsung Y. Chen MD,* Chin C. Chu MD,† Yi Lee MD*. "The timing of haloperidol administration does not affect its prophylactic antiemetic efficacy" *CAN J ANESTH* 2008 / 55: 5 / pp 270–275.

(33) Paul Perkins, Saskie Dorman. "Haloperidol para el tratamiento de náuseas y vómitos en paciente con cuidados paliativos- revisión cochrane traducida". En biblioteca cocherane plus 2009 Issue 2 Art no cd 006271. Chichester, UK; John Wiley and sons, Ltd.

(34) Hardy JR; O'Shea A; White C; Gilshenan K; Welch L; Douglas C. Department of Palliative Care, Mater Health Services, South Brisbane, Queensland, Australia. janet.hardy@mater.org.au "The efficacy of haloperidol in the management of nausea and vomiting in patients with cancer". *J Pain Symptom Manage*; 40(1):111-6, 2010 Jul. 1873-6513

(35) E. Calderón, E. Martínez, M. D. Román, A. Pernia, R. García-Hernández, L.M. Torres. "Remifentanyl intravenoso mediante infusor elastomérico frente a meperidina intramuscular. Estudio comparativo en analgesia obstétrica." *Rev. Soc. Esp. Dolor* 7: 462-467; 2006.

(36) J.C. Santos, A. Ruano, P.J. Beltrán, C. Álvarez y M. Cosculluela. "Efecto de la analgesia epidural sobre la duración y tipo de parto." *Clin. Invest. Gin. Obst.* 2004; 31(2):36-43.

(37) Schwickerath, J., Wolff, F. *“Opiatalnalgésie unter der Geburt - Einsatz von Nalbuphin im Vergleich zu der Gabe einer Kombination von Dolantin / Atosil / Haldol”*. *Geburtsch u Frauenheilk.* 51 (1991) 897-900.

(38) Rodríguez Palomares, C., Garfias Arviz, A. *“Farmacología para enfermeras”*. Mc Graw Hill 2007.

agradecimientos

Agradezco a Ibone Olza Fernández la concepción de este trabajo y su acompañamiento en la gestación y a Agustín Collado Nieto el parto del mismo, incluido el reflejo de eyección.

Y a Marta Rodríguez Sánchez el ambiente tan propicio para el desarrollo.

¡Gracias!

No se puede ayudar a un proceso involuntario; sólo se puede procurar *no perturbarlo demasiado* (M. Odent).