



Ensayo

El uso del haloperidol como sedante durante el parto: Una forma extrema de violencia obstétrica en España

Ibone Olza ¹, Oscar Quintela ² y Araceli García-Martínez ^{1,*}

¹ Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, Asociación El Parto es Nuestro, 11406 Jerez de la Frontera, España; iboneolza@eipmh.com

² Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología, Universidad Complutense de Madrid, 28043 Madrid, España; oquintel@ucm.es

* Correspondencia: araceligarcia@eipmh.com

Resumen: La violencia obstétrica durante el embarazo y el parto es, por desgracia, un problema importante en todo el mundo. La neuroleptanalgesia es una forma clásica de analgesia que consiste en administrar simultáneamente analgésicos y neurolépticos, como el haloperidol. El haloperidol se sigue utilizando ocasionalmente durante el parto y, en la mayoría de los casos, sin consentimiento informado en España. Se utiliza con la excusa de ser un antiemético, pero la realidad es que es una forma de violencia obstétrica llamada sumisión química. La combinación de haloperidol con opioides conlleva una potenciación de los efectos sedantes de ambos fármacos, lo que puede conllevar riesgos multiplicados tanto para la madre como para el bebé. En la actualidad, el uso de haloperidol durante el parto es una práctica exclusiva de España. De hecho, la asociación El Parto es Nuestro lanzó en febrero de 2021 una campaña de concienciación dirigida a erradicar el uso de haloperidol durante el parto sin consentimiento informado. El presente ensayo pretende concienciar sobre la práctica actual de utilizar haloperidol. Es de gran erradicar esta práctica tan perjudicial para las madres y sus bebés, así como educar al personal sanitario sobre esta situación.

Palabras clave: maternidad; embarazo; derechos reproductivos; intervenciones; política sanitaria; haloperidol; violencia obstétrica; sumisión química



Editora académica: Ana Cristina Lindsay

Recibido: 13 de septiembre de 2024

Revisado: 18 de diciembre de 2024

Aceptado: 20 de diciembre de 2024

Publicado: 24 diciembre 2024

Citación: Olza, I.; Quintela, O.; García-Martínez, A. El uso del haloperidol como sedante durante el parto: Una forma extrema de violencia obstétrica en . *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2025**, *22*, 3. <https://doi.org/10.3390/ijerph22010003>

Copyright: © 2024 por los autores. Licenciario MDPI, Basilea, Suiza. Este artículo es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introducción

La violencia obstétrica (VO) se refiere a una situación de maltrato, falta de respeto, abuso físico, atención negligente, abuso verbal y atención no consentida que experimentan las mujeres durante el embarazo y el parto, y esta alarmante situación es prominente en todo el mundo [1]. La VO es un problema de salud pública debido a su tasa de prevalencia en las rutinas de atención a la maternidad, en la que intervienen factores culturales, sistémicos, estructurales y político-económicos [1,2].

Una forma de VO es la sumisión química: la administración innecesaria de medicación con efectos psicoactivos a mujeres durante el parto sin consentimiento informado. Recientemente, un editorial sobre las sujeciones químicas para la VO destacaba el hecho de que la sumisión química forzada, o sumisión química, con intervenciones obstétricas no consentidas añade un trauma adicional a las pacientes, contribuyendo a dañarlas a corto y largo plazo. Teniendo en cuenta que hasta el 44% de todas las mujeres tienen experiencias traumáticas en sus procesos de parto, es tomar conciencia y revisar los protocolos, y los profesionales sanitarios deben asumir su papel en la protección de las mujeres frente a la VO, incluida la sumisión química forzada [3].

En España, una forma específica de VO consiste en administrar haloperidol a las mujeres durante el parto. La Asociación El Parto es Nuestro, asociación sin ánimo de lucro y feminista que pretende mejorar las condiciones de atención a madres e hijos durante el

embarazo, parto y postparto en España [4] lanzó en febrero de 2021 una campaña de concienciación ("Haloperidol durante el parto, nunca jamás"). Esta campaña tiene como objetivos (1) erradicar la administración de cualquier fármaco durante el parto sin consentimiento informado; (2) denunciar el uso de haloperidol durante el parto en los hospitales españoles;

(3) difundir y concienciar sobre el problema que supone el uso de haloperidol durante el parto y por qué debe erradicarse; y (4) difundir el concepto de sumisión química en el parto. El presente trabajo describe el problema y presenta los resultados de la campaña.

La VO, incluido el uso de haloperidol durante el parto, representa una profunda violación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como de los derechos humanos en general. Enmarcar esta cuestión dentro de estos marcos subraya su importancia no sólo como una preocupación médica, sino también como una cuestión de justicia y equidad. Reconocer la VO como una violación de estos derechos fundamentales pone de relieve la urgente necesidad de un cambio sistémico que garantice una atención respetuosa, basada en pruebas y centrada en los derechos durante el parto.

2. La campaña para erradicar el uso del haloperidol

En este contexto, la Asociación El Parto es Nuestro a través de la campaña ("Haloperidol durante el parto, nunca más") puso en marcha una serie de acciones para denunciar y erradicar esta práctica. Entre otras acciones a cabo, se ha dirigido una carta abierta a la Agencia Española del Medicamento, al Ministerio de Sanidad y a las principales asociaciones científicas de atención al parto solicitando la erradicación del uso del haloperidol como sedante durante el parto.

En esta carta, la asociación solicita lo siguiente: prohibición de los usos del haloperidol durante el parto; comunicación pública a los profesionales sanitarios sobre sus riesgos y falta de justificación; eliminación de esta práctica de los programas de formación de matronas; investigación sobre sus efectos en madres y recién nacidos y apoyo a las mujeres afectadas.

Sin embargo, ambas instituciones respondieron a la carta indicando que el asunto no entraba dentro de su ámbito de responsabilidad. La Asociación ha vuelto a escribir al Ministerio de Sanidad y al Comisionado de Salud Mental, instándoles a tomar cartas en el , pero aún no hemos recibido respuesta.

Hemos recibido muchos testimonios, sobre todo de matronas; algunas han requerido tratamiento anónimo. Nos ha llamado la atención que el haloperidol se siga utilizando en muchos hospitales públicos y privados (hemos detectado al menos 17 hospitales en los que se sigue utilizando haloperidol en España). Aunque la Guía de Práctica Clínica 2010 de la Estrategia para la Atención al Parto Normal (EAPN) [5] indica la meperidina como posible fármaco opioide para la analgesia en el inicio del parto y recomienda añadir un antiemético, no detalla cuál ni hace ninguna referencia al haloperidol. Sin embargo, encontramos, por ejemplo, un estudio realizado en el Hospital Gregorio Marañón por la matrona Fernández Arranz en 2019[6] donde comparaba el uso de la pelota de parto con el cóctel de petidina y haloperidol, lo que demostraba que se seguía utilizando. Otro estudio de 2022 describió que al menos 16 de 79 niños estuvieron expuestos al cóctel lítico intraparto en el Hospital Universitario de Cartagena [7].

Por otra parte, en la actualidad, los protocolos que recomiendan el haloperidol siguen vigentes en muchos hospitales, pero es difícil encontrar esta información: por ejemplo, en la guía de formación de matronas del Ministerio de Sanidad [8].

Algunas mujeres saben que se les ha administrado Dolantine para aliviar el dolor de las contracciones, pero ignoran que se les administró junto con haloperidol. Esto no suele aparecer en el informe de alta. En nuestra práctica clínica, hemos constatado que las mujeres que recibieron haloperidol durante el parto describen experiencias de desconexión, de no poder moverse o de sentirse drogadas, con angustia y experiencias traumáticas durante el parto

especialmente cuando el cóctel les fue administrado sin consentimiento informado. Además, las matronas describen el uso del cóctel para sedar a mujeres que no cooperan.

En cuanto a la experiencia física y emocional del parto por parte de las madres, en la Asociación El Parto es Nuestro hemos recogido muchos testimonios de mujeres que han tenido experiencias de parto espantosas a causa de estos fármacos. Por ejemplo, muchas mujeres describen sentirse totalmente desconectadas de su cuerpo, apenas recuerdan lo que ocurrió durante las seis horas o más posteriores a la inyección. Otras describen la angustiada sensación de no poder controlar los movimientos de su cuerpo. Entre los distintos testimonios recogidos gracias a la campaña (a través de las redes sociales, Instagram, Facebook, Twitter, YouTube y correo electrónico), cabe los siguientes:

"Otra enfermera me dijo que aún no estaba de parto pero que podía darme algo para ayudarme. En cuanto lo añadieron al gotero, perdí el conocimiento. Mi compañero se dio cuenta de que no podía hablar. Miró el gotero y reconoció la abreviatura de haloperidol (debido a su profesión está familiarizado con ciertos términos). Cuando terminó el goteo, no podía mantenerme en pie. No podía hilvanar palabras, era como si estuviera literalmente borracho. De hecho, no recuerdo nada de que pasó después. Mi compañero me dijo que me había dejado desplomada en la cama para ir a buscar a una enfermera; quería saber por qué me habían administrado un medicamento psiquiátrico junto con un opiáceo. Y quería saber por qué no se nos informó de que se iba a esa medicación, sus consecuencias, etc. Diferentes compañeros empezaron a encubrirse unos a otros y finalmente uno de ellos dijo que el único error era haber dejado la bolsa de goteo con su nombre a la vista, es decir, que pensaban que lo mejor era utilizar bolsas de goteo sin indicación del contenido. Les dijimos que queríamos que en el informe médico constara que me administrado esa medicación, pero se negaron y a día de hoy no consta en ningún sitio".

"Me dicen que no dilato lo bastante rápido y que me van a poner un gotero con oxitocina. Esto hizo que el dolor aumentara considerablemente, por supuesto, y decidí ahuyentarlo con gritos de parto (soy actriz). Parece que eso no les gustó, y me dijeron que me pondrían otro goteo con algo para "calmarme". No tengo ni idea de qué era eso que llamaban la mezcla, pero a partir de ese momento perdí totalmente el control de mí misma y de lo que estaba pasando. Al final, en la sala de partos y durante la fase del expulsivo me quedaba completamente inconsciente y, o bien los dolores de las contracciones me hacían volver en mí de repente, o bien me daban una bofetada para , ordenándome que empujara. Recuerdo que durante uno de pensé que me moría. Todo acabó con una maniobra de Kristeller, una episiotomía de la que ni siquiera me avisaron previamente y una ventosa en la cabeza de mi bebé. No sé si "la mezcla" tenía haloperidol. Todo lo que sé es que nunca jamás había estado tan inconsciente ni siquiera después de algunas de mis peores experiencias de borrachera durante mi juventud".

"Me dijeron que podían darme un sedante analgésico. Me sentía completamente drogada, deseando que desapareciera el efecto de lo que me habían dado. Más tarde, hablando con una comadrona que me atendió durante las últimas fases, me dijo que probablemente el pinchazo incluía haloperidol, que es lo que utilizan como antiemético, pero hasta entonces nadie me había informado de ello en absoluto. Me dijeron que me iban a dar algo para el dolor; no me dijeron nada sobre las náuseas. Aunque, en cualquier , no tuve ninguna. El dolor no desapareció, eso es seguro, a pesar de la medicación que me dieron. Puedo describir perfectamente la sensación. Era como estar en un bote de remos en medio de una tormenta. Por supuesto, era imposible permanecer en otra posición que no fuera tumbado. Esto unido al mareo me impedía quejarme del dolor, que era el mismo que antes de que me administraran dicha medicación. Fue una experiencia inolvidable".

En resumen, no sólo hay que tener en cuenta que estos fármacos son capaces de afectar negativa y peligrosamente al bebé y a la madre, sino que además, este tipo de VO en forma de sumisión química puede influir dramáticamente en la díada posteriormente, como se ha demostrado en diferentes estudios sobre la relación, por ejemplo, entre la VO y el desarrollo de depresión postparto y/o estrés postraumático [9] o incluso el impacto de esta violencia sobre la calidad de vida y los trastornos relacionados con la menopausia [10].

3. Debate

3.1. El uso de haloperidol durante el parto

El uso de una combinación de opioides y neurolepticos se remonta a la década de 1950, con el descubrimiento de los primeros neurolepticos: la clorpromazina en 1952 y el haloperidol en 1958 por Paul Janssen. Durante décadas, ambos fármacos se convirtieron en la primera línea de tratamiento de la esquizofrenia debido a su efecto bloqueante sobre los receptores D2 de la dopamina [11]. Inicialmente, se utilizó el llamado "cóctel lítico" de Laborit y Huguenard: una combinación de clorpromazina (antipsicótico) con prometazina (antihistamínico) y meperidina (opioides), donde observaron su eficacia para tratar rápidamente la agitación de los pacientes durante la fase maníaca [12]. En 1959, dos anestesiólogos belgas, J. De Castro y P. Mundeeler, bautizaron esta técnica como neuroleptanalgesia (neurolepticos y analgesia), en la que combinaban un tranquilizante neuroleptico importante, normalmente droperidol o clorpromazina, con un analgésico narcótico opiáceo potente, como fentanilo o petidina, consiguiendo así sedación, analgesia e indiferencia psíquica sin pérdida de conciencia [13].

La primera referencia del uso del "cóctel lítico" durante el parto se encontró en 1956, cuando se administró clorpromazina junto con petidina y prometazina a mujeres que tenían preeclampsia o eclampsia para prevenir y/o minimizar el movimiento que tenían al convulsionar y también para prevenir el shock [14]. En aquella época, cuando no existía un tratamiento eficaz para la eclampsia, es comprensible que se administrara un neuroleptico para prevenir el movimiento convulsivo. En un artículo de 1959 sobre la conveniencia de administrar proclorperazina durante el parto se mencionaban "las atractivas propiedades de los tranquilizantes en relación con la paciente obstétrica" [15]. Este uso durante el parto se abandonó por un tratamiento mucho más eficaz para la eclampsia: el sulfato de magnesio. En los años sesenta y setenta, se publicaron en Italia [16], Francia [17], Rusia [18], Ucrania [19] y Nueva Zelanda [20] varios trabajos que describían el uso del "cóctel lítico" directamente para el tratamiento del dolor del parto. Estos documentos señalaban la conveniencia de administrar un opiáceo para aliviar el dolor del parto acompañado del neuroleptico que producía quietud e indiferencia.

Por ejemplo, un trabajo de Staples de 1967 [21] evaluó el uso de haloperidol junto con meperidina en mujeres durante el parto. En este estudio participaron 50 mujeres en de parto activo; a 27 se les inyectó haloperidol por vía intramuscular y a 23 prometazina junto con meperidina en ambos grupos ('o' conjuntamente, en ambos grupos, con meperidina). Entre los resultados más notables, observaron que ambos fármacos (haloperidol y prometazina) presentaban un marcado efecto antiemético; el haloperidol potenciaba la acción de la meperidina; no se encontraron casos de depresión en el recién nacido asociados al uso de ninguno de los dos fármacos (según la prueba de Apgar) y no hubo efectos notables atribuibles a ninguno de los dos fármacos en el curso posparto. Teniendo en cuenta estos resultados, no es de extrañar que se iniciara este "cóctel lítico".

Una década más tarde, una investigación publicada en México en 1974 señalaba las posibles ventajas de asociar droperidol con meperidina. Los autores afirmaban literalmente que "los tranquilizantes mayores producen sedación psíquica y motora, con amortiguamiento neurovegetativo que se traduce en indiferencia y tranquilidad psíquica; es decir, neutralidad" [22]. Destacaron -como ventaja- que el uso de droperidol durante el parto

requirieron una dosis menor de meperidina, lo que implica un posible beneficio para el bebé, y -como desventaja- una mayor probabilidad de requerir el uso de fórceps [22].

La introducción y posterior generalización de la anestesia epidural como principal alivio farmacológico del dolor de parto a partir de los años 80 supuso que el "cóctel lítico" dejara de utilizarse [23]. De hecho, en 2010 una revisión Cochrane afirmaba: "debe suspenderse el uso del cóctel lítico" [24]. En muchos lugares, por ejemplo en el Reino Unido, se siguió utilizando la dolantina para el dolor prodrómico, junto con fármacos para las náuseas, como la metoclopramida o la prometazina.

Sin embargo, en España la práctica de administrar Dolantina y haloperidol para el trabajo de parto prodrómico persiste hasta la fecha sin que parezca haber conciencia sobre los riesgos del cóctel o mezcla lítica. Cuando se pregunta a las matronas sobre esta práctica, muchas describen cómo las propias matronas la indican, convencidas de que es una práctica segura y de que "el haloperidol se administra junto con la Dolantina para prevenir o tratar las náuseas provocadas por la Dolantina" [25]. Esta defensa del haloperidol como antiemético es francamente asombrosa. De hecho, según las revisiones Cochrane [26,27], el uso de haloperidol como antiemético debe reservarse para pacientes en los que ningún otro antiemético haya resultado eficaz. En ninguna parte se indica el haloperidol como antiemético profiláctico durante el parto, ni en Cochrane ni en ningún estudio clínico.

3.2. El problema del cóctel lítico

Por lo tanto, los neurolépticos durante el parto no se introdujeron para tratar las náuseas, sino para potenciar la sedación producida por los opiáceos y, sobre todo, para conseguir este efecto de contención e indiferencia psíquica. El haloperidol ha sido aprobado específicamente para tratar la esquizofrenia, los tics y las expresiones vocales asociadas al síndrome de Tourette, y para tratar la hiperactividad y los trastornos del comportamiento, y sólo excepcionalmente se utiliza fuera de indicación para las náuseas y los vómitos debidos a la quimioterapia, las enfermedades avanzadas o terminales y la cirugía. Así pues, la inclusión original del haloperidol (u otros neurolépticos) en el cóctel nunca fue para utilizarlo como antiemético, como se argumenta ahora [28]. Además, nunca se ha investigado su seguridad en el contexto del parto desde el estudio mencionado de , y es importante recordar que también puede llegar al cerebro del . Entre los efectos secundarios relativamente frecuentes del haloperidol se encuentran la distonía aguda o las torsiones o fasciculaciones musculares involuntarias que son muy molestas y a veces dolorosas. En un caso publicado de una parturienta que recibió el cóctel lítico en , la distonía comenzó durante el parto con crisis oculogiras, que sólo pudieron resolverse administrando biperideno una vez nacido el bebé [29]. Los neurolépticos y la proclorperazina también pueden producir efectos como acatisia aguda días después de su administración, por lo que se recomienda no utilizarlos como antieméticos en urgencias [29].

Por otro lado la Dolantina, meperidina o petidina, es un opiáceo narcótico no exento de riesgos [30]; pertenece a la misma familia que la morfina y alivia el dolor rápidamente actuando directamente sobre el cerebro. El principal riesgo de este fármaco en la madre es que puede producir una sedación profunda y depresión del sistema respiratorio. Además, como los opioides atraviesan la placenta, puede provocar una reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal, una reducción de la frecuencia cardíaca fetal basal, depresión respiratoria neonatal, menores puntuaciones de Apgar, alteraciones neuroconductuales y una disminución de la lactancia materna precoz [30]. Por lo tanto, se considera un fármaco peligroso, que requiere una estrecha vigilancia. A todo esto, hay que añadir que la combinación de Dolantina y haloperidol tiene un efecto sinérgico o potenciador que transforma el cóctel en un potente sedante, que por un lado tiene un efecto analgésico de alivio del dolor, pero también tiene el efecto añadido de sedación.

De hecho, la supuesta ventaja de administrar neurolépticos durante el parto era la sumisión química que estos fármacos producían en la mujer, lo que sin duda permitía

otras intervenciones a realizar durante el parto sin consentimiento y/o conocimiento. En otras palabras, el uso de haloperidol durante el parto no está justificado científicamente y, cuando se administra sin un verdadero consentimiento informado, puede considerarse un ejemplo más de VO en forma de sumisión química [31]. De este, la situación descrita puede asemejarse a los fenómenos de contención química utilizados en otras áreas de la medicina, como la atención geriátrica. Las madres en las salas de parto se convierten en una población vulnerable que debe ser tratada con respeto y su consentimiento para los procedimientos médicos que puedan surgir durante las horas de parto debe ser especialmente escrupuloso.

3.3. Pruebas preclínicas de la exposición prenatal al haloperidol

Recientemente se ha publicado una revisión sobre la exposición prenatal al haloperidol en modelos animales [32]. El haloperidol, un antipsicótico de primera generación, puede atravesar el tejido placentario [33], pero todavía hay muy pocas pruebas sobre los resultados en humanos de la exposición a este fármaco durante el desarrollo. Todavía no se ha establecido la seguridad de este fármaco en mujeres embarazadas y niños [32] y son necesarios más estudios.

También es importante tener en cuenta que el efecto clínico del haloperidol está mediado por el citocromo P450 (CYP). Las variaciones genéticas han permitido clasificar a los individuos como metabolizadores pobres (PM), metabolizadores intermedios (IM), metabolizadores extensos (EM) y metabolizadores ultrarrápidos (UM). Por ejemplo, los PM suelen sufrir más reacciones adversas con una dosis normal del fármaco [34,35] (concretamente, es necesario tener en cuenta las categorías de metabolismo CYP2D6 para determinar las dosis de haloperidol [36]). Por lo tanto, la gravedad de la respuesta y los efectos secundarios del haloperidol durante el parto son muy variables en función de las variaciones genéticas.

Sin embargo, cada vez hay más pruebas en modelos animales de que la exposición prenatal al haloperidol puede afectar gravemente al desarrollo cerebral, tanto a nivel molecular y celular como a nivel conductual. Por ejemplo, a nivel molecular y celular, se ha descubierto que la exposición prenatal al haloperidol afecta la expresión de genes relacionados con la plasticidad (regulación a la baja de calmodulina, *N-CAM*, *GAP-43*, *PDGF-A* y receptor *PDGF-A*) [37,38], genes relacionados con la neuroquímica (regulación a la baja de preproenkefalina y ácido glutámico decarboxilasa) [], genes relacionados con la sinapsis y las neuronas (tanto regulados al alza como a la baja) [38], moléculas relacionadas con la neurotrofia, marcadores de sistemas neurotransmisores (incluidos el sistema dopaminérgico, el sistema peptidérgico estriatal, el sistema colinérgico, el sistema serotoninérgico y los sistemas glutamatérgico y GABAérgico) y factores de crecimiento [32].

Por otra parte, el análisis histológico ha revelado alteraciones morfo-celulares específicas de cada región debidas a la exposición prenatal al haloperidol, incluido el cuerpo estriado [37,39]. Además, se observó que el haloperidol puede perjudicar la plasticidad de las espinas dendríticas de las células suprapiramidales e infrapiramidales del giro dentado, ya que puede disminuir significativamente la longitud de las dendritas y la densidad de las espinas dendríticas [34]. También se ha descrito una reducción del peso corporal y cerebral en roedores expuestos prenatalmente al haloperidol desde el nacimiento hasta la juventud y la edad adulta [40].

En conjunto, estos resultados sugieren un impacto negativo en el desarrollo neurológico de la descendencia con consecuencias a corto y largo plazo [32]. Es importante tener en cuenta que la exposición prenatal en una fase temprana del desarrollo puede ser muy diferente de la exposición prenatal en torno al momento inmediato del parto, ya que existe cierta heterogeneidad en cuanto al momento de la exposición prenatal en estos modelos animales. La plasticidad en diferentes regiones como la prefrontal, el hipocampo, el complejo de la amígdala, la estría terminal y el cuerpo estriado aún está presente durante el período posnatal; por lo tanto, podría ser muy posible que la administración de haloperidol durante el parto tenga efectos a nivel molecular, epigenético y celular que probablemente aparezcan tardíamente [32]. Dado que la relevancia científica y clínica de

los efectos del haloperidol sobre el neurodesarrollo y la vida postnatal de los fetos expuestos es un hecho innegable, ¿cómo es posible que hoy sea un fármaco utilizado durante el parto con fines sedantes y antieméticos cuando existen otras alternativas menos agresivas? Y lo que es peor, ¿cómo es posible que se administre la mayoría de las veces sin el consentimiento de la mujer?

3.4. Dificultades y limitaciones de la campaña

El acceso a la información sobre los protocolos hospitalarios relativos al uso de haloperidol resultó difícil, ya que dichos protocolos no están a disposición del público y el personal sanitario implicado no estaba dispuesto a permitir el acceso. Además, en muchos casos, el uso de haloperidol durante el parto, según los testimonios de las mujeres encuestadas, no estaba documentado en sus historias clínicas. Es necesario realizar estudios cualitativos y cuantitativos para conocer la dimensión y gravedad del problema, así como el impacto en la salud, tanto física como mental, de madres y bebés a corto, medio y largo . La Asociación El Parto es Nuestro continuará recopilando información y testimonios sobre esta forma de violencia obstétrica, con el objetivo de sensibilizar sobre esta práctica a través de ponencias, presentaciones en congresos, publicaciones en redes sociales y otros canales de comunicación.

4. Conclusiones

Hoy en día en España se sigue administrando haloperidol a las mujeres durante el parto, un grave ejemplo de VO en forma de sumisión química. La Asociación El Parto es Nuestro años denunciando esta práctica. Sin embargo, seguimos comprobando, con gran preocupación, que este "cóctel" inseguro se sigue encontrando en las Guías de Parto Normal de muchos hospitales públicos. Hemos estado recogiendo testimonios de madres que se sentían drogadas o absolutamente noqueadas, habiendo perdido por completo el control sobre sí mismas tras recibir un "analgésico" al inicio de sus trabajos de parto. En algunos , las consecuencias han sido devastadoras.

El uso de haloperidol durante el parto, como parte de la VO, constituye una grave violación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como de los derechos humanos fundamentales. Considerar esta cuestión desde estos puntos de vista subraya su importancia más allá de la práctica médica, enmarcándola como una cuestión crítica de justicia e imparcialidad. Reconocer la VO como una violación de estos derechos fundamentales pone de relieve la acuciante necesidad de reformas sistémicas que promuevan una atención parto respetuosa, basada en pruebas y fundamentada en los principios de los derechos humanos.

El presente trabajo y la campaña desarrollada por la Asociación El Parto es Nuestro, "Haloperidol en el parto, nunca más", pretenden erradicar el uso del haloperidol en el parto. Además, es de gran relevancia que los profesionales implicados en la asistencia al parto conozcan los fármacos que ofrecen a las mujeres y, sobre todo, respeten siempre su consentimiento informado.

5. Orientaciones futuras

El objetivo principal del artículo es notificar, denunciar y describir la existencia y persistencia de esta práctica considerada VO. A través de la campaña se han podido recoger testimonios, dos sentencias judiciales e información sobre los protocolos de algunos hospitales. Sin embargo, no se ha realizado ninguna investigación como tal. Sugerimos que se realicen estudios comparativos de casos de cada hospital y debates en grupos específicos para encontrar la mejor solución para el profesional sanitario y los pacientes implicados. Esperamos que este trabajo de marco o referencia para el desarrollo urgente de una investigación con el objetivo de erradicar definitivamente esta práctica en España. Por asociación, nuestro trabajo se centra en denunciar y concienciar sobre este tipo de violencia obstétrica. Sin embargo, creemos que es la

sistema sanitario y a los profesionales, que deben tomar las medidas oportunas para erradicar esta práctica.

Contribuciones de los autores: Conceptualización, I.O. y A.G.-M.; metodología, I.O., O.Q. y A.G.-M.; investigación, I.O., O.Q. y A.G.-M.; recursos, I.O., O.Q. y A.G.-M.; conservación de datos, I.O. y A.G.-M.; del borrador original, I.O. y A.G.-M.; redacción-revisión y edición, I.O., O.Q. y A.G.-M.; visualización, I.O., O.Q. y A.G.-M.; supervisión, I.O. y A.G.-M.; administración del proyecto, I.O. y A.G.-M. Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito.

Financiación: Esta investigación no ha recibido financiación externa. La campaña "Haloperidol durante el parto, nunca más" se ha llevado a cabo gracias al trabajo voluntario de sus miembros.

Agradecimientos: Las autoras agradecen a todas las mujeres que colaboraron con "El Parto es Nuestro" en la campaña "Haloperidol el parto nunca más" (<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campana-haloperidol-en-el-parto-nunca-mas>). Los autores agradecen también la revisión del inglés realizada por Lucy Lo Cascio.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias

- Edward, M.M.; Kibanda, Z. Violencia obstétrica: A public health concern. *Health Sci. Rep.* **2023**, *6*, e1026. [CrossRef] [PubMed]
- Sadler, M.; Santos, M.J.; Ruiz-Berdún, D.; Rojas, G.L.; Skoko, E.; Gillen, P.; Clausen, J.A. Moving beyond disrespect and abuse: Abordar las dimensiones estructurales de la violencia obstétrica. *Reprod. Health Matters* **2016**, *24*, 47-55. [CrossRef]
- Burgart, A.; Sutton, C. Chemical Restraints for Obstetric Violence: Anesthesiology Professionals, Moral Courage, and the Prevention of Forced and Coerced Surgeries. *Am. J. Bioeth.* **2024**, *24*, 4-7. [CrossRef] [PubMed]
- Villamea, S.; Olza, I.; Recio, A. El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. *Dilemata* **2015**, *7*, 157-183. Disponible en línea: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/387> (consultado el 23 de marzo de 2024).
- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud [español]. Publicado en línea 2012. p. 103. Disponible en línea: https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf (consultado el 15 de marzo de 2015).
- Fernández-Arranz, J.; Pedraz-Marcos, A.; Palmar-Santos, A.M.; Moro-Tejedor, M.N. Bola de parto versus petidina y haloperidol en la satisfacción con el parto. *Enferm. Clin.* **2019**, *29*, 234-238. [CrossRef] [PubMed]
- Acosta, E.; Cortes, O.; Guzman, S.; Catala, M.; Lorente, M.; Arense, J.J. Relación entre hipomineralización incisivo molar, medicación intrapartamental y enfermedades en el primer año de vida. *Sci. Rep.* **2022**, *12*, 1637. [CrossRef]
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona) Volumen 3. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. Parte 3. Parto. Puerperio y Lactancia. Recién Nacido*; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Madrid, España, 2014.
- Silva-Fernández, C.S.; de la Calle, M.; Arribas, S.M.; Garrosa, E.; Ramiro-Cortijo, D. Factores asociados a la violencia obstétrica implicados en el desarrollo de depresión posparto y trastorno de estrés posttraumático: Una Revisión Sistemática. *Nurs. Rep.* **2023**, *13*, 1553-1576. [CrossRef] [PubMed]
- Mendoza-Huertas, L.; Mendoza, N.; Godoy-Izquierdo, D. Impacto de la violencia contra la mujer sobre la calidad de vida y los trastornos relacionados con la menopausia-. *Maturitas* **2024**, *180*, 107899. [CrossRef] [PubMed]
- Tyler, M.W.; Zaldivar-Diez, J.; Haggarty, S.J. Clásicos en neurociencia química: Haloperidol. *ACS Chem. Neurosci.* **2017**, *8*, 444-453. [CrossRef]
- Kunz, E. Henri Laborit y la inhibición de la acción. *Diálogos Clin. Neurosci.* **2014**, *16*, 113-117. [CrossRef]
- Castro, D.; Mundeleer, P. Anestesia sin sueño: "neuroleptanalgesia". *Acta Chir. Belg.* **1959**, *58*, 689-693. [PubMed]
- Hudson, E.G.; Siew, S.C. The phenothiazine derivatives in the treatment of eclampsia; a preliminary report. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Emp.* **1956**, *63*, 255-259. [CrossRef] [PubMed]
- Efecto de la proclorperazina sobre las contracciones uterinas. A Clinical and Experimental Study. Disponible en línea: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13841400/> (consultado el 18 de marzo de 2024).
- Neuroleptoanalgesia en obstetricia. Disponible en línea: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14240290/> (consultado el 17 de marzo de 2024).
- Study of the Fetal and Maternal Effects of Neuroleptanalgesia by Biologic and Electronic Surveillance of Labor. Disponible en línea: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4681577/> (consultado el 17 de marzo de 2024).
- Neuroleptoanalgesia en el parto. Disponible en línea: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4761896/> (consultado el 17 de marzo de 2024).

19. Anestesia y aceleración del parto con agentes neurolépticos y analgésicos. Disponible en línea: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4463328/> (consultado el 17 de marzo de 2024).
20. Neuroleptanalgesia en el parto. Disponible en línea: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4524820/> (consultado el 17 de marzo de 2024).
21. El uso de Haldol (Haloperidol) en obstetricia. Disponible en línea: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20468140/> (consultado en el 6 de mayo de 2024).
22. Dehydrobenzperidol and Its Effect on the Contractility of the Nonpregnant Human Uterus. Informe preliminar. Disponible en línea: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4149587/> (consultado el 18 de marzo de 2024).
23. Halliday, L.; Nelson, S.M.; Kearns, R.J. Epidural analgesia in labor: A narrative review. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* **2022**, *159*, 356-364. [CrossRef] [PubMed]
24. Duley, L.; Gülmezoglu, A.M.; Chou, D. Sulfato de magnesio versus cóctel lítico para la eclampsia (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database Syst. Rev.* **2010**, *2010*, CD002960. [CrossRef] [PubMed]
25. Roura, L.C. *Manual del Residente de Obstetricia y Ginecología (SEGO)*; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO, Ed.; ENE Publicidad: Sucre, Bolivia, 1996.
26. Murray-Brown, F.; Dorman, S. Haloperidol para el tratamiento de náuseas y vómitos en pacientes de cuidados paliativos (Revisión Cochrane traducida). *Base de datos Cochrane Syst. Rev.* **2015**, *11*, CD006271. [CrossRef]
27. Weibel, S.; Rücker, G.; Eberhart, L.H.J.; Pace, N.L.; Hartl, H.M.; Jordan, O.L.; Mayer, D.; Riemer, M.; Schaefer, M.S.; Raj, D.; et al. Drugs for preventing postoperative nausea and vomiting in adults after general anaesthesia: A network meta-analysis. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2020**, *10*, CD012859. [CrossRef]
28. Guía de Parto de Baja Intervención. Disponible en línea: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/recursos%20y%20datos/Protocolos/Nuestro%20Protocolo%20Parto/GUIA%20DE%20PARTO%20DE%20BAJA%20INTERVENCION.pdf> (consultado el 12 de septiembre de 2024).
29. Martínez Fernández, G.; Plaza Moral, A.; Miró Descarga, P.; Arguís Gimeno, M.J.; Gomar Sancho, C. Distonía aguda por haloperidol durante el parto. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* **2004**, *51*, 229-231. [PubMed]
30. Smith, L.A.; Burns, E.; Cuthbert, A. Opiáceos parenterales para el tratamiento del dolor materno durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *Base de datos Cochrane Syst. Rev.* **2018**, *6*, CD007396. [CrossRef]
31. Cruz-Landeira, A.; Quintela-Jorge, Ó.; López-Rivadulla, M. Presentación química, epidemiología y algunas claves para el diagnóstico. *Med. Clin.* **2008**, *131*, 783-789. [CrossRef] [PubMed]
32. Santos, A.V.S.; Cardoso, D.S.; Takada, S.H.; Echeverry, M.B. Exposición prenatal al haloperidol: Una revisión narrativa preclínica. *Neurosci. Biobehav. Rev.* **2023**, *155*, 105470. [CrossRef]
33. Newport, D.J.; Calamaras, M.R.; DeVane, C.L.; Donovan, J.; Beach, A.J.; Winn, S.; Knight, B.T.; Gibson, B.B.; Viguera, A.C.; Owens, M.J.; et al. Administración de antipsicóticos atípicos al final del embarazo: Placental passage and obstetrical outcomes. *Am. J. Psychiatry* **2007**, *164*, 1214-1220. [CrossRef] [PubMed]
34. Zhao, M.; Ma, J.; Li, M.; Zhang, Y.; Jiang, B.; Zhao, X.; Huai, C.; Shen, L.; Zhang, N.; He, L.; et al. Cytochrome P450 Enzymes and Drug Metabolism in Humans. *Int. J. Mol. Sci.* **2021**, *22*, 12808. [CrossRef] [PubMed]
35. Foster, A.; Mobley, E.; Wang, Z. Complicated pain management in a CYP450 2D6 poor metabolizer. *Pain Pract.* **2007**, *7*, 352-356. [CrossRef] [PubMed]
36. Milosavljevic', F.; Bukvic', N.; Pavlovic', Z.; Miljevic', C.; Pešic', V.; Molden, E.; Ingelman-Sundberg, M.; Leucht, S.; Jukic', M.M. Association of CYP2C19 and CYP2D6 Poor and Intermediate Metabolizer Status With Antidepressant and Antipsychotic Exposure: Una revisión sistemática y metaanálisis. *JAMA Psychiatry* **2021**, *78*, 270-280. [CrossRef]
37. Castro, R.; Brito, B.; Segovia, J.; Martín-Trujillo, J.M.; Notario, V. El haloperidol prenatal induce una reducción selectiva en la expresión de genes relacionados con la plasticidad en el cerebro anterior de ratas neonatas. *Mol. Brain Res.* **1994**, *26*, 74-80. [CrossRef]. [CrossRef]
38. Yoshino, Y.; Kumon, H.; Shimokawa, T.; Yano, H.; Ochi, S.; Funahashi, Y.; Iga, J.I.; Matsuda, S.; Tanaka, J.; Ueno, S.I. Impact of Gestational Haloperidol Exposure on miR-137-3p and Nr3c1 mRNA Expression in Hippocampus of Offspring Mice. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* **2022**, *25*, 853-862. [CrossRef] [PubMed]
39. Singh, K.P.; Singh, M. Effect of prenatal haloperidol exposure on behavioral alterations in rats. *Neurotoxicol. Teratol.* **2002**, *24*, 497-502. [CrossRef]
40. Wang, H.; Li, J.T.; Zhang, Y.; Liu, R.; Wang, X.D.; Si, T.M.; Su, Y.A. Prenatal Exposure to Antipsychotics Disrupts the Plasticity of Dentate Neurons and Memory in Adult Male Mice. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* **2019**, *22*, 71-82. [CrossRef] [PubMed]

Descargo de responsabilidad/Nota del editor: Las declaraciones, opiniones y datos contenidos en todas las publicaciones son responsabilidad exclusiva de los autores y colaboradores individuales y no de MDPI y/o el/los editor/es. MDPI y/o el/los editor/es declinan toda responsabilidad por daños personales o materiales derivados de ideas, métodos, instrucciones o productos a los que se haga referencia en el contenido.