

## COMENTARIO OFICIAL AL TRABAJO:

## Neuroleptoanalgesia en el Trabajo de Parto

(Efecto del Dehydrobenzperidol sobre la contractilidad del útero humano no grávido)

DR. CARLOS REYES TAYABAS, S.M.A.

El Dr. Gildardo Cruz Montes nos ha presentado en realidad dos trabajos; uno de investigación clínica basado en una hipótesis que fue plenamente comprobada y el otro, una investigación de laboratorio para a su vez comprobar la etiología de los resultados clínicos. Aunque él los denomina primera y segunda etapas, creo que bien pueden individualizarse en dos trabajos.

Ambos son excelentes, tanto en su planeación como por la interpretación de sus resultados y la presentación que hace de ellos.

Estamos absolutamente de acuerdo con el Dr. Cruz Montes en que todavía no contamos con el "Método ideal" para la analgesia del trabajo de parto; el lograrlo es una antigua inquietud compartida por igual entre Obstetras y Anestesiólogos y que hoy día se ha actualizado por la creciente proliferación de Instituciones Gineco-Obstétricas. Los Anestesiólogos que trabajamos en este campo tenemos la obligación de buscar nuevas técnicas o por lo menos, tratar de mejorar las que ya se van haciendo tradicionales, tratando de disminuir las des-

ventajas que presentan con objeto de eliminar la agresión que representan para la madre y para el producto principalmente.

El Dr. Cruz Montes está cumpliendo esa obligación y su inquietud de progreso se manifiesta en la planeación de sus trabajos y si bien, la Neuroleptoanalgesia en Analgesia Obstétrica ya ha sido estudiada en nuestro medio por el Dr. Martínez Réding,<sup>1</sup> éste lo hizo en su composición Dehydrobenzperidol-Fentanyl, así que el enfoque que el Dr. Cruz Montes dió a su trabajo, se puede considerar original.

Sus conclusiones nos permiten saber que en el Dehydrobenzperidol contamos con una droga que potencializa a los analgésicos y atarácicos usados en la actualidad para la sedación y analgesia del trabajo de parto, a lo cual se unen sus efectos de sedación psíquica, motora y amortiguación neurovegetativa, permitiendo reducir dosis y mejorar la calidad analgésica, reduciendo los efectos depresores sobre el producto y efectos colaterales en la madre.

Considera que la asociación Meperidina-Prometazina y Promazina es "irracional",

porque sus efectos sedantes, hipnóticos y tranquilizantes son similares y produce sobredosis y en cambio tienen una pequeña diferencia en otros efectos. Creo que la farmacología de ambas sustancias<sup>2</sup> está perfectamente estudiada y que sus efectos diferentes no son tan pequeños, sino perfectamente definidos; además la práctica clínica habla en favor de que no es irracional su asociación si tomamos en cuenta los miles de casos en que se ha utilizado con buenos resultados en muchas partes del mundo. Lo que sí es irracional es la falta de criterio, método e indicación con que ha sido usada en muchas ocasiones, sobre todo por parte de algunos Obstetras.

Como ésta comunicación es de las primeras que se hacen sobre el empleo del dehydrobenzperidol en el trabajo de parto, me causa preocupación la dosis utilizada, pues es una sustancia que reúne todas las características necesarias para pasar rápidamente la barrera placentaria.<sup>3</sup> Sabemos que toda sustancia de peso molecular menor de 600 cruza fácilmente la membrana placentaria; el dehydrobenzperidol pesa 379.42. A mayor solubilidad lipoidea, mayor rapidez de paso, la del DBP es de 1000. Las sustancias pasan más fácilmente la membrana en su forma no disociada; la constante de ionización del DBP es de 7.6, es decir, es baja. Entonces pienso que el DBP deberá pasar por la placenta en cantidades importantes.

Por otra parte, aunque su acción es de corta duración (la tercera parte de las promazinas), su efecto máximo ocurre antes de dos horas y la duración de acción es de 7 horas,<sup>4</sup> se sabe que el 83% de la dosis total se elimina por orina y por heces en 24 horas en animales de laboratorio. Tomando en cuenta que en el feto y en el

recién nacido no se encuentran totalmente desarrollados sus mecanismos enzimáticos que pudieran intervenir en el metabolismo de la droga, me uno a la excitativa del autor a que se hagan estudios metabólicos en el recién nacido para precisar éstos conceptos, aun cuando los resultados del trabajo son muy demostrativos de la falta de acción sobre el feto.

El Dr. Cruz Montes enfatiza en su trabajo que el dehydrobenzperidol puede prolongar el trabajo de parto, porque la droga modifica la actividad uterina en su tono, intensidad y frecuencia, efecto sospechado en la experimentación clínica por la alta incidencia de aplicación de fórceps y que fue demostrado en investigación de laboratorio, pero en el *útero no grávido*.

A este respecto vemos que sus resultados sobre la duración del trabajo de parto los considera similares en los dos grupos, no obstante hay una diferencia de 7 minutos en el promedio de duración a favor del grupo del DBP y aunque la diferencia es muy corta, es evidente que no hubo prolongación en la duración del trabajo de parto; además, la duración máxima acusa una diferencia de 2 horas más en el grupo donde no se usó el DBP. Entonces creo que no hay razón para enfatizar que la droga prolongue la duración del trabajo de parto, en cambio sí es evidente que prolongó u obstaculizó el período expulsivo ya que hubo mayor incidencia de aplicación de fórceps. Creo que este capítulo debe analizarse mejor, sobre todo en la relación que pueda tener con la conducción del trabajo de parto con ocitocina, ya que el Dr. Cruz Montes la cita en su discusión pero no está encuadrada en el método del trabajo.

Se citan 7 casos de cada grupo, 14 en total, de complicaciones que ameritaron ma-

niobras obstétricas, instrumentales y cirugía y que requirieron anestesia general; sin embargo, hubo 4 fórceps, 2 cesáreas y 7 revisiones de cavidad en el Grupo I y 10 fórceps, 2 cesáreas y 5 revisiones de cavidad en el Grupo II, 30 en total, situaciones que sabemos requieren anestesia general o analgesia de conducción para poder realizarlas. Por lo tanto pregunto: ¿Hubo otro método de anestesia o analgesia que no fue tomado en cuenta en el trabajo?, o ¿el efecto analgésico de las soluciones empleadas fue suficiente para realizarlas?

Con respecto al segundo trabajo me parece muy interesante y demostrativo, siéndome imposible comentar su método e interpretación por carecer de experiencia y conocimientos en el trabajo de laboratorio, sin embargo, mi ignorancia en este campo me plantea otra pregunta:

El trabajo demuestra que el DBP modifica el tono, la intensidad y la frecuencia de la contracción de la fibra muscular del útero humano no grávido y por lo tanto

modifica la actividad uterina de acuerdo a las influencias hormonales de la etapa del ciclo menstrual en que se aplique. ¿Los resultados obtenidos de experimentos sobre útero no grávido, pueden homologarse al útero grávido y en trabajo de parto, en el cual la fibra muscular uterina está modificada en su morfología y sujeta al efecto de hormonas diferentes a las del ciclo menstrual?

De no ser así, sería muy interesante hacer el estudio en útero grávido y en trabajo de parto.

Énfasis pues con el Dr. Cruz Montes que es necesario continuar realizando estudios similares y como él creo que ofrece múltiples posibilidades terapéuticas.

Para finalizar, quiero hacer pública mi felicitación más calurosa al Dr. Gildardo Cruz Montes por sus excelentes trabajos y darle la bienvenida al seno de nuestra Sociedad como Miembro Activo de la misma.

## BIBLIOGRAFIA

1. Martínez Réding, C., Martínez, O. S., Ortiz, R. J.: Dehydrobenzperidol y Fentanyl en Analgesia Obstétrica. *Rev. Mex. de Anest.* 94:31, 1968.
2. Bonica, J. J.: Principles and Practice of Obstetrical Analgesia and Anesthesia. Vol. I, 1969. F.A. Davis Co. Philadelphia.
3. Moya, F., and Bradley, S. S.: Uptake, Distribution and Placental Transport of Drugs and Anesthetics. *Anesthesiology* July-August, 1965.
4. Saudijn, W., Van Wijngaarden, I., Allewijn, F.: Distribution, excretion and Metabolism of Neuroleptics of the Butyrophenone Type. *Eur. J. Pharmacol.* 1:47, 1967.