
NIFEPIDINA: Una opción en útero inhibición

Nifedipine: a tocolysis option

*Dr. José Arnulfo Cárcamo G.O.**, *Dra. Jenny Virginia Paredes***, *Dr. Edwin Flores****,
*Dra. Carolina Bustillo*****, *Dr. Héctor M. Deras*****

RESUMEN. NIFEDIPINA, una dihidropirina, bloqueadora de la entrada de calcio, ha sido usada con frecuencia incrementada en el tratamiento del parto pretérmino; nosotros estudiamos veinticinco pacientes en este trabajo prospectivo, evaluando la efectividad de nifedipina para hacer desaparecer las contracciones uterinas, y por ende la progresión de cambios cervicales en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pre-término, y la presencia de efectos secundarios maternos y/o fetales con su uso.

Encontramos que en 96% de pacientes el esquema usado con nifedipina fue efectivo para hacer desaparecer la actividad uterina, y los efectos adversos más frecuentes fueron: cefalea y vómitos (54 y 23% respectivamente).

Palabras Clave: Nifedipina, parto pre-término.

SUMMARY. NIFEDIPINE: A Tocolysis option nifedipine, a dihydropyridon calcium entry blocker, has been used with an increased frequency in the treatment of preterm labor.

We studied 25 patients in this prospective work, evaluating the efectivity of nifedipine to eliminate utherine contractions and the progression of

cervical changes in patients with a diagnosis of preterm pregnancy and the presence of fetal and maternal secondary effects with it use. We found that use of Nifedipine was effective in 96% of our patients to eliminate the symptoms. The most common adverse effects were: vomiting and headaches (23% and 54% respectively).

Keywords: Nifedipine, preterm labor.

La prematuridad y el bajo peso al nacer, continúan siendo críticos problemas de salud pública; el diagnóstico y la prevención del parto pretérmino, por tanto, constituyen un objetivo primordial en obstetricia, entendiéndose el término prematuro, como el feto o neonato de menos de 37 semanas gestacionales⁽²³⁾. Es una enfermedad multifactorial, y entre sus causas se han enunciado: estrés, infecciones ascendentes del tracto urinario, vaginosis, etc.

Existen diversos protocolos de manejo de la amenaza parto pretérmino APP, no exento ninguno de ellos de riesgos, tanto maternos como fetales; entre ellos: beta 2 agonistas como los más usados, con acción estimulante de receptores beta 2 en músculo liso uterino, lo cual induce tocolisis; antiprostaglandinas (Indometacina), sulfato de magnesio, bloqueadores de canales de calcio, de los cuales Nifedipina es el de mayor difusión, por ser más selectivo a nivel de receptores beta adrenérgicos en útero, y el que menos efectos cardiovasculares presenta. Múltiples estudios sobre este fármaco lo han calificado como seguro para su uso en el embarazo

Gineco Obstetra de Guardia del IHSS.

MR3 De ginecología y obstetricia, Facultad de ciencias médicas, UNAH.

MR2 De ginecología y obstetricia, Facultad de ciencias médicas, UNAH.

MR1 De ginecología y obstetricia, Facultad de ciencias médicas, UNAH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes que fueron ingresos a la unidad materno infantil del Instituto de Seguridad Social y Hospital Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, entre las 24 y 35 semanas gestacionales; previamente se solicitó autorización al gineco obstetra Jefe de Turno, para incluirlos en el estudio; excluimos pacientes con dilatación cervical mayor de 4 centímetros, pacientes expuestos a tocolíticos en la semana previo al ingreso, pacientes con enfermedades concurrentes como diabetes, hipertiroidismo, enfermedad cardíaca, preeclampsia severa o eclampsia, desprendimiento de placenta, corioamnionitis, hidramnios y otras contraindicaciones para el uso de tocolíticos. Se realizaron exámenes laboratoriales generales (hemograma, y orina) a cada paciente, y se inició el esquema de manejo con Nifedipina de la siguiente manera: nada por boca durante la estadía en labor y parto. Se administró inicialmente solución mixta al 0.45% (500cc) a goteo rápido, y luego, 1000ml en las siguientes 8 horas; de entrada se inició con Nifedipina Bayer (Adalat), 10 mg sublingual, la primera dosis; 10 mg a los 20 minutos, y cada 20 minutos, hasta un máximo de 40 mg, durante la primera hora de tratamiento, según fue la respuesta. Después de la dosis sublingual que detenía la actividad uterina, se administró 10 mg de Nifedipina oral, cada 8 horas por una semana¹⁵. En la evaluación se monitoreó la presión arterial, frecuencia cardíaca materna, actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal antes de cada dosis.

RESULTADOS

El 84% de las pacientes se encontraba comprendida entre los 20 y 34 años de edad. El 84% había tenido por lo menos un parto previo. El 100% de las pacientes tuvo control prenatal; las edades gestacionales fueron de: 20 a 28 semana 16% y de 29 a 34 semanas 76% y más de 35 semanas el 8%. Se encontró como diagnósticos agregados: infección urinaria 69%, candidiasis vaginal 25%, y vaginosis bacteriana en 6% de los casos. La leucorrea se encontró en 48% de las pacientes y de ellas la mitad fue estudiada y tratada y la otra mitad solamente fue tratada. En relación al tiempo entre el último coito y el inicio de la actividad uterina, se encontró

que sólo 12% lo había realizado en las últimas 24 horas; y otro 12% en las últimas 48 horas. Un 28% lo había hecho antes de 72 horas y un 24% mayor de una semana, por lo que no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Referente al inicio de la actividad uterina y la hora de inicio se encontró que fue menor en 48 hrs el 28%, y entre 6 y 12 horas el 48%. El 100% de los índices de Bishop fue menor de 5. El 28% de las pacientes presentó dilatación cervical de entre 1 a 4 cms. Un 36% tenía más de 30% de borramiento. En lo referente al inicio del tratamiento y el inicio del efecto del mismo el 48% fue menor de 20 minutos, el 32% entre 40 y 50 minutos y un 16% de 40 a 60 minutos quedando solamente el 4% mayor de 60 minutos. Los efectos adversos encontrados fueron: cefalea 54%, vómitos 23%, frecuencia cardíaca materna mayor de 120 latidos por minuto 8% y náuseas el 15%.

Las variaciones de la presión arterial fueron: disminución menor de 10 en sistólica 32%. Variaciones entre 10 y 20, 48% y más de 20, 4%. Se prestó mucha atención a las disminuciones en las diastólicas y no se permitió continuar el tratamiento si la misma era mayor de 20. En conclusión no encontramos disminuciones de la presión arterial que pusieran en peligro la vida de la madre y el feto. La frecuencia cardíaca materna no tuvo variaciones en 16%, subió 10 latidos por minutos en 32% de la pacientes y de 10 a 20 en el 44%. Aumentos mayores de 20 se presentaron en el 8% de las pacientes. La frecuencia cardíaca fetal no presentó variaciones en el 50%, aumentos de más de 10 latidos por minuto en el 32% y entre 10 y 20, 12%. Referente al número de dosis requeridas para parar la actividad uterina en la primera hora fueron: dosis doble 56%; dosis triple 16%; dosis cuádruple 4%; dosis quintuple 4%. Finalmente el 92% de las pacientes recibió tratamiento ambulatorio al alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al igual que en otros estudios realizados sobre la seguridad de Nifedipina^(1A57) nosotros encontramos en este estudio que Nifedipina es efectiva como agente útero inhibidor en la amenaza de parto pretérmino, con relativamente poca incidencia (52%) de efectos adversos los cuales son poco importantes, encontrándose que los efectos secundarios más temidos (hipotensión materna y sufrimiento fetal),

prácticamente fueron poco importantes (8% y 0% respectivamente).

Pretendemos llamar la atención al estudio y tratamiento de las patologías agregadas a la amenaza de parto, como fueron candidiasis, vaginosis bacteriana e infección urinaria.

Actualmente no puede resolverse el problema del diagnóstico erróneo de parto pretérmino y en consecuencia se practica una terapéutica innecesaria en 20 a 50% de todos los casos ⁽⁶⁾.

En conclusión Nifedipina es una buena opción en el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino, encontrándose incluso que presenta menos efectos adversos que los betamiméticos más usados ^{<1245>}. Nuestro estudio con 25 pacientes confirma las nuevas alternativas de tratamiento del parto pretérmino; pero debe de continuarse para obtener un mayor número de pacientes que den un mayor soporte científico a nuestros datos.

REFERENCIAS

- 1.- Efficacy and safety of Nifedipine vrs Magnesium Sulfate in the management of preterm labor: Am J. Obstet Gynecol, 93: 169;960-4.
- 2.- Nifedipine for treatment of preterm labor: a historic prospective study Am J. Onstet Gynecol, 19 92;167 56-56.
- 3.- Williams Obstétrica, 4th ed 1996.
- 4.- The effect of Nifedipine therapy on fetal and placental doppler waveforms in preeclampsia remote from term. Am. J. Obstet Gynecol. 1990; 169 1844-8.
- 5.- Nifedipine and its indications in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol. 1994; 83 pág. 616-623.
- 6.- Preterm Labor: Clinical Obstetric and Gynecol. 1995 38.
- 7.- Cardiovascular and metabolic effects associated with NifediPine and Ritrodrene tocolysis. Am. J. Obstet Gynecol. 1989;161 789-794.

"La escritura vigorosa es concisa. Una frase no debe contener palabras innecesarias, un párrafo no debe contener frases innecesarias, por la misma razón un dibujo no debe tener líneas innecesarias ni una máquina partes innecesarias. Esto no significa que él escritor debe hacer todas sus frases cortas, evitar detalles o tratar el tema en forma esquemática, pero si, que cada palabra tenga significado"

William Strunk