

El uso de la Ritodrina en la hipertensión uterina. Revisión bibliográfica.

Cobo González María¹; Márquez Espinar Gumersindo¹; García Jiménez Hector²; Campillo Cano Celia³; Sancho Guerrero Celia¹.



¹ E.I.R. 2º año Hospital Universitario de Móstoles, ² E.I.R. 2º año Hospital Universitario de Getafe, ³ Matrona Hospital Universitario de Getafe.
Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid



INTRODUCCIÓN

La hipertensión uterina ocurre cuando el tono basal del útero es superior a 12 mm Hg. Actualmente, se sabe que la hipertensión es consecuencia de la polisistolia (frecuencia contráctil uterina superior a cinco contracciones cada diez minutos) que produce la imposibilidad de la relajación uterina entre una y otra contracción. De hecho, en casos extremos, en una hipertensión permanente puede llegar a no distinguirse picos contráctiles.



Imagen disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-progreso-obstetricia-ginecologia-151-articulo-trastorno-coordinacion-uterina-inversion-del-13072867>



Imagen original

La hipertensión interrumpe la circulación materno fetal, lo que puede llevar a sufrimiento fetal, depresión neonatal e incluso muerte perinatal.

La Ritodrina (Pre Par®) es un estimulante β 2-adrenérgico de elección como inhibidor del parto prematuro y para el tratamiento de la asfisia fetal por hipermotilidad uterina.

OBJETIVO

Conocer la evidencia del uso de la Ritodrina para tratar hipertensión uterina que aparece en el proceso de parto.

MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y Cochrane con los siguientes términos MeSH: "Obstetrics", "Uterus", "Uterine contraction", "Tocolytic agents", "Tocolysis", "Receptors Adrenergic Beta", "Uterine monitoring" y "Muscle hypertonia". Tras el uso de estos MeSH la base de datos PubMed ofrece sugerencias como "Uterus-Pathology", "Ritodrine", "Uterine hyperactivity" e "Hypercontractility dysfunction".

Se limita a la búsqueda desde el presente hasta 1990 por la relevancia de uno de los artículos encontrados (Zalel Y, 1990). Se realiza la búsqueda en inglés.

El criterio de selección es la relación con el objetivo de estudio.

RESULTADOS

En la base de datos Cochrane no se han encontrado trabajos acordes a los criterios de selección.

En la base de datos PubMed, de cuatro trabajos encontrados sólo uno se ajusta al criterio, teniendo notable antigüedad (1990). En este trabajo se demuestra que la Ritodrina es el fármaco de elección ante la hipertensión uterina con la administración de 0,05 mg a 0,3 mg/min, repitiendo la dosis de 0,05 mg/5 min si no cediera la hipertensión uterina.

El protocolo de los fármacos uteroinhibidores (tocolíticos) de la S.E.G.O. aconseja una dosis inicial de 0,1 mg/min, aumentando la dosis de forma gradual en función de la respuesta uterina sin llegar a sobrepasar la dosis de 0,4 mg/min.

El vademécum actual recomienda una dosis inicial de 0,05 mg/min aumentando en 0,05 mg/min cada diez minutos hasta dosis mínima necesaria o aparición de efectos secundarios; la dosis usual es de 0,15 a 0,35 mg/min siendo la dosis máxima de 0,4 mg/min.

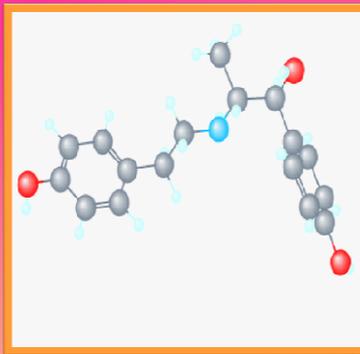


Imagen disponible en: <http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/ritodrine#section=3D-Conformer>



Imagen original

DISCUSIÓN

Al analizar los datos obtenidos y el conocimiento de los profesionales se aprecia una discordancia. La mayoría de los hospitales realizan otra práctica clínica. Las dosis iniciales varían desde 0,1 hasta 5 mg/min llegando a superar la dosis máxima aconsejada y sin tener en cuenta los graves efectos secundarios en la madre que puede tener.

El conocimiento empírico que muchos profesionales tienen se contrapone con la escasez de evidencia científica, por lo que este es un tema para ampliar en la investigación futura, repercutiendo en la práctica clínica y siendo de gran interés para las matronas.

BIBLIOGRAFÍA

- Zalel Y, Katz Z, Blickstein I, Friedman A, Mogilner M, Lancet M. Ritodrine treatment for uterine hyperactivity during the active phase of labor. *Int J Gynaecol Obstet.* 1990; 31(3): 237-41.
- Di Renzo GC, Cabero Roura L. Directrices para el manejo del parto prematuro espontáneo. *Prog Obstet Ginecol.* 2008; 51(7): 411-20.
- Arrazola M, Díaz Al, Domínguez I, Ramírez A, Ogáyar M. Efectos adversos y cuidados de enfermería en la administración de ritodrina. *Enfer Clin* 2002; 12(4): 188-92.
- Puigventós F, Carrillo L, Ramis M, Galán N, González L, Usandizaga M. Estudio observacional de la efectividad y seguridad de nifedipino en la amenaza de parto prematuro. *Prog Obstet Ginecol.* 2014; 57 (10): 451-57.