



# PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA

[www.elsevier.es/rprh](http://www.elsevier.es/rprh)



## ORIGINAL

# Tocólisis con sulfato de magnesio o clorhidrato de isoxuprina en amenaza de parto pretérmino

A. Oliveros-Cubillan, E. Reyna-Villasmil\*, J. Santos-Bolívar, J. Mejia-Montilla, N. Reyna-Villasmil y A. Fernández-Ramírez

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Maternidad «Dr. Nerio Belloso», Hospital Central «Dr. Urquinaona», Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Recibido el 24 de junio de 2016; aceptado el 16 de octubre de 2017

### PALABRAS CLAVE

Clorhidrato de isoxuprina;  
Sulfato de magnesio;  
Amenaza de parto pretérmino

### Resumen

**Objetivo:** Comparar la eficacia del sulfato de magnesio con el clorhidrato de isoxuprina en la amenaza de parto pretérmino.

**Materiales y métodos:** Se seleccionaron 82 embarazadas con edad gestacional entre 24 y 34 semanas y diagnóstico de amenaza de parto pretérmino para recibir sulfato de magnesio endovenoso (grupo A) o clorhidrato de isoxuprina endovenoso (grupo B). Se evaluaron el tiempo de cese de las contracciones y los efectos adversos maternos.

**Resultados:** Se logró una tocolisis efectiva en las primeras 24 h en el 61.0% de las pacientes del grupo A y en el 61.0% de las pacientes del grupo B ( $p = ns$ ). Después de 7 días de tratamiento, el 36.6% de las pacientes del grupo A y el 36.6% de las pacientes en el grupo B aún permanecían sin contracciones ( $p = ns$ ). Se logró un retraso del parto más allá de las 34 semanas en el 19.5% de las pacientes tratadas con sulfato de magnesio y en el 26.8% de las pacientes tratadas con clorhidrato de isoxuprina ( $p = ns$ ). Las náuseas, temblores y vómitos fueron más frecuentes en el grupo A, mientras que los temblores y calores fueron más frecuentes en las pacientes del grupo B ( $p = ns$ ).

**Conclusión:** El sulfato de magnesio es igual de efectivo que el clorhidrato de isoxuprina en la tocolisis del parto pretérmino.

© 2017 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sippenbauch@gmail.com](mailto:sippenbauch@gmail.com)  
(E. Reyna-Villasmil).

<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2017.10.002>

0187-5337/© 2017 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Oliveros-Cubillan A, et al. Tocólisis con sulfato de magnesio o clorhidrato de isoxuprina en amenaza de parto pretérmino. Perinatol Reprod Hum. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2017.10.002>

## KEYWORDS

Isoxsuprine hydrochloride;  
Magnesium sulphate;  
Threatened pre-term labour

## Tocolysis with magnesium sulphate or isoxsuprine hydrochloride in threatened pre-term labour

### Abstract

**Objective:** To compare the efficacy of intravenous magnesium sulphate with isoxsuprine hydrochloride in the treatment of threatened pre-term labour.

**Materials and methods:** A total of 82 patients with a gestational age between 24 and 34 weeks and threatened pre-term labour were selected to receive intravenous magnesium sulphate (Group A) or intravenous isoxsuprine hydrochloride (Group B). An analysis was performed on the time of ceasing of uterine contractions and maternal adverse effects.

**Results:** Tocolysis was successful in the first 24 hours in 61.0% of patients in Group A and 61.0% in patients of Group B ( $P=ns$ ). After 7 days of treatment, 36.6% of patients in Group A and 36.6% of patients in Group B still were without contractions ( $P=ns$ ). A delay in delivery over 34 weeks was obtained in 19.5% of patients treated with magnesium sulphate and 26.8% in patients treated with isoxsuprine hydrochloride ( $P=ns$ ). Nausea, tremor, and vomiting were more frequent in Group A, while tremors and sweating were more frequent in Group B ( $P=ns$ ).

**Conclusion:** Magnesium sulphate is as effective as isoxsuprine hydrochloride for tocolysis in threatened pre-term labour.

© 2017 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El parto pretérmino y sus secuelas son un problema de salud pública global. A pesar de los avances para comprender la fisiología del parto y la medicina perinatal en general, la incidencia de parto pretérmino continúa al alza. El objetivo primario del tratamiento tocolítico es la reducción de la morbilidad neonatal al retrasar el parto, permitiendo la administración de corticosteroides y la referencia materna a un hospital con servicios neonatales avanzados<sup>1</sup>.

Los betamiméticos han sido recomendados como el tratamiento tocolítico estándar. Estos fármacos reducen el número de partos que ocurren en las 48 h siguientes al inicio del tratamiento, comparado con el placebo<sup>2</sup>. Sin embargo, no se han asociado con una mejoría en la morbilidad neonatal y producen un número sustancial de efectos adversos en la madre<sup>3</sup>.

Los tocolíticos en general tienen una baja eficacia, no han demostrado que incrementan la posibilidad de la administración prenatal de corticosteroides, pueden causar efectos adversos maternos o fetales significativos y no disminuyen las complicaciones neonatales<sup>4-6</sup>. El uso de sulfato de magnesio presenta algunos riesgos, ya que se necesita de su administración endovenosa, tiene el potencial de producir sobremedicación y puede estar asociado con efectos neonatales adversos<sup>7</sup>. Es el tocolítico de primera línea más comúnmente utilizado en Norteamérica<sup>8</sup>, aunque no se ha demostrado que sea más efectivo que la solución salina sola y su uso ha sido motivo de controversia<sup>7,9</sup>. Cuando se comparan con los betamiméticos, el sulfato de magnesio parece ofrecer un mejor perfil de seguridad materna<sup>10</sup>.

El objetivo de la investigación fue comparar la efectividad tocolítica del sulfato de magnesio con el clorhidrato de isoxuprina en la amenaza de parto pretérmino.

## Materiales y métodos

Se incluyeron a todas las pacientes en edad gestacional entre 24 y 34 semanas y con diagnóstico de parto pretérmino, que se definirá como la presencia de contracciones uterinas regulares (6 o más por hora y con una duración de más de 30 segundos), con o sin evidencia de dilatación y/o borramiento cervical y membranas íntegras. Se excluyeron las pacientes con gestaciones múltiples, con condiciones médicas que contraindiquen el uso de cualquiera de los medicamentos, presencia de infección intrauterina, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, hemorragia anteparto o polihidramnios. El Comité de Ética del hospital aprobó el estudio y se obtuvo consentimiento por escrito de todas las pacientes.

Una vez que a la paciente se la diagnosticó de parto pretérmino se le realizó un electrocardiograma antes, a las 24 h después del inicio del tratamiento y al momento de omitir el tratamiento. La presión arterial y la frecuencia cardíaca fueron monitorizadas al inicio del tratamiento y cada 15 min durante las primeras 2 h y luego cada 8 h. El tiempo de gestación se basó en el momento del último ciclo menstrual, si los datos de esta determinación y las mediciones de ultrasonido más temprano presentaban una diferencia menor de 10 días. Si la diferencia era mayor de 10 días entre los dos cálculos, entonces la edad gestacional se estableció por las mediciones ecográficas.

Posterior a la obtención del consentimiento informado se les administró 500 ml de solución salina al 0.9% y se practicó la asignación al azar. Para obtener una distribución igual del uso de los medicamentos en cada uno de los grupos se asignaron sobres sellados con una distribución al azar entre los diferentes grupos. A las pacientes tratadas con sulfato de magnesio (grupo A) se les administró por vía endovenosa una dosis carga de 4 g en 30 min, seguida de una infusión de mantenimiento de 2 g/h para llegar a niveles terapéuticos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8813613>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8813613>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)