

Réplica

131

En primer lugar, queremos agradecer la atención que han demostrado los doctores Puigventós et al por nuestra publicación sobre la encuesta en 41 hospitales españoles. Quiero afirmarles que, tal y como se puede deducir de lo expresado en el trabajo, estoy de acuerdo con ustedes; pero quiero hacer las siguientes precisiones.

El resultado de la encuesta fue: «el 2,9% de los hospitales encuestados utilizaban el nifedipino como tocolítico de primera opción en el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino». Esto les puede parecer poco o mucho, pero es la realidad de los 41 hospitales encuestados.

En un afán por explicar este pequeño porcentaje, nosotros decíamos: «El nifedipino, como tocolítico, es objeto de controversia; es un fármaco con buen efecto tocolítico, con menos efectos secundarios que ritodrina, barato y de fácil administración, pero tiene el inconveniente de que se han descrito efectos secundarios graves y de que su prescripción puede plantear problemas legales. Con el nifedipino hay descritos casos puntuales graves de edema agudo de pulmón, de hipoxia materna y otras graves complicaciones. Debe tenerse mucha precaución con su utilización en embarazadas con problemas cardiovasculares, en los casos de infección intrauterina y en gestaciones múltiples». Como ven, los argumentos que ustedes esgrimen son, grosso modo, los mismos.

A esto adjuntamos: «Sin duda, el aspecto más polémico es el legal; en la ficha técnica del Adalat®, el bloqueador de los canales del calcio empleado, se señala de forma inequívoca que está contraindicada su utilización durante el embarazo; ante esta

situación, la International Preterm Labour Council¹⁸ señala que, en 2002, el Royal Collage of Obstetricians and Gynecologists se dirigió al laboratorio que comercializa el medicamento preguntándole los argumentos en los que se basaba la contraindicación durante el embarazo. La respuesta del médico director del laboratorio fue la siguiente: «El Adalat® está específicamente contraindicado en el embarazo y, por ende, su uso como tocolítico, y si hubiese algún efecto adverso la responsabilidad será del que haya hecho la indicación»; ante esta situación es lógico que los tocólogos tengan reticencias para prescribir este medicamento.

Por último, que ustedes tengan un protocolo con el nifedipino como primera opción para el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino me parece bien si, como dicen, han tenido en cuenta los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y coste; es laudable, pero deben admitir que su criterio no sea compartido por otros.

En un afán por encontrar una explicación a esta baja incidencia para utilizar el nifedipino, decíamos, como ustedes señalan: «Los autores exponen que el nifedipino es buen agente tocolítico, barato, de fácil manejo y con menos efectos secundarios que ritodrine, que tiene el inconveniente de haberse descrito casos puntuales de efectos graves y de que la tocolisis no es una indicación aprobada en la ficha técnica. Este hecho puede explicar el escaso uso de este fármaco en los hospitales encuestados». Creo que en este punto estamos completamente de acuerdo.

Pedro de la Fuente
Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Beattie RB, Helmer H, Khan KS, Lamont RF, McNamara H, Svare J, et al. Emerging issues over the choice of nifedipine, beta-agonists and atosiban for tocolysis in spontaneous

preterm labour —a proposed systematic review by the International Preterm Labour Council. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24:213-5.