DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL ASMA BRONQUIAL DURANTE EL EMBARAZO

Palabras claves: *asma bronquial, embarazo, diagnóstico, tratamiento.*

El asma bronquial (AB) es una de las enfermedades más comunes que complican al embarazo. Se estima que 1% a 4% de embarazos son afectados por AB, pero puede ser más elevada ya que el 10% o más de la población general padece de hiperreactividad bronquial no especifica. Si no es tratado, el asma puede llevar a complicaciones serias para la madre y el feto. Si es manejado apropiadamente, la madre y el bebé no deben tener resultados significativamente diferentes de los embarazos de madres no asmáticas.

Muchas mujeres son renuentes a la toma, y algunos médicos para prescribir, medicamentos durante el embarazo, esto proporciona una oportunidad de poner énfasis en medidas preventivas, incluyendo la cesación del tabaquismo y evitar los factores ambientales que lo desencadenan; sin embargo, las medicaciones serán necesarias en muchos casos.

Se recomienda que el médico prescriba agentes cuyos estudios a largo plazo no han demostrado efectos teratogénicos u otros efectos adversos materno-fetales. Prescribir cualquier medicación durante el embarazo trae consigo una evaluación de que los beneficios esperados pesan más que los riesgos de los efectos adversos. Al dar cualquier tratamiento durante el embarazo, uno debe obtener consentimiento informado adecuado, incluso una explicación sobre las consecuencias del fracaso de la terapia prescripta sobre la vida de la madre, el feto, o ambos.

Diagnóstico

Entre el 50 al 70% de las mujeres embarazadas experimentan disnea, normalmente durante su primer o segundo trimestre, que no pueden ser explicados a través del crecimiento fetal. Es fundamental diferenciar asma de otras causas de disnea, como cambios respiratorios inducidos hormonalmente. En la disnea de fisiológica del embarazo no hay cambios significativos en la capacidad vital forzada (FVC) o en el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1). Estos valores se encuentran reducidos si el asma es la causa de los síntomas respiratorios.

La mejor medición de función pulmonar para evaluar el AB es el FEV1. Si es disponible, la espirometría basal pre-concepcional es útil para el mejor control del mismo. Pruebas de función pulmonares deben realizarse en cada visita durante el embarazo para evaluar severidad y control del asma. En casos moderados o severos, deben realizarse mediciones de pico-flujo (peak flow) en el hogar, e informar rápidamente al médico cualquier fluctuación significativa. Los síntomas de asma pueden ser insidiosos y producen una alteración suficiente de la función pulmonar como alterar la oxigenación fetal.

Otras causas de disnea gestacional incluyen anemia, infecciones respiratorias (bronquitis o neumonía), enfermedades cardíacas, disnea fisiológica del embarazo, y la embolia pulmonar.

Principios para el manejo del asma durante el embarazo

La meta principal para el manejo del AB en el embarazo es obtener un bebé saludable; otras metas son similares a aquellas pacientes no gestantes con asma: lograr función pulmonar normal, o cerca de lo normal, con mínimos o ningún efecto adverso de la terapia; controlar los síntomas sin el despertar nocturno; mantener actividades normales sin perder horas de escuela o trabajo; participar activamente en ejercicios; y evitar exacerbaciones agudas y la necesidad de visitas a servicios de emergencia u hospitalizaciones. El sub-tratamiento es el error más común cuando se tratan embarazadas asmáticas. Se debe anular los factores gatilladores del asma, y es de gran importancia un tratamiento médico agresivo, no sólo para los síntomas agudos, sino también para la prevención de las crisis.

Recomendaciones para el manejo farmacológico del asma bronquial durante el embarazo

Categoría	Frecuencia/Severidad de los síntomas	Función Pulmonar (FEV1 o PEFR)	Tratamiento
Leve intermitente	Síntomas 2 veces por semana. Síntomas nocturnos 2 veces por mes. Exacerbaciones breves (algunas horas de algunos días) Asintomáticos entre episodios	80% Normal entre episodios	Agonistas beta2inhalados según necesidad
Leve persistente	Síntomas más de 2 veces por semana, pero no diariamente. Síntomas nocturnos más de 2 veces por mes. Las exacerbaciones puede afectar la actividad diaria.	80%	Cromoglicato inhalado Sustituto bajas dosis de beclometasona inhalada o budesonide si no es adecuado
Moderado persistente	Síntomas diarios. Síntomas nocturnos más de 1 vez por semana. Las exacerbaciones afectan la actividad	60%-80%	Beclometasona o budesonide inhalada. Adicionar teofilina oral o salmeterol inhalado.
Severo persistente	Sintomatología continua. Actividad limitada. Frecuente síntomas nocturnos. Frecuente exacerbaciones agudas	<60%	Lo citado más arriba + corticosteroides orales (para síntomas activos o de comienzo rápido, en días alternos o diariamente si es necesario)

*Basado en National Asthma Educational Program Guidelines, modificado por Position Statement from the American College of Allergy, Asthma, and Immunology, apoyado por American College of Obstetricians and Gynecologists.

Tratamiento de emergencia para el asma agudo

El tratamiento agresivo es esencial para un ataque de asma agudo y asegurar el suministro de oxígeno adecuado al feto. Debe monitorearse la frecuencia cardíaca fetal durante el ataque de asma y observarse las desaceleraciones o la ausencia de variabilidad. Una PCO2 de más de 35 mm Hg indica retención de CO2 durante el embarazo y puede señalar fracaso respiratorio inminente.

Terapias no farmacológicas

Una meta obvia, estando o no la paciente embarazada, es disminuir la exposición a gatilladores ambientales, que pueden eliminar o disminuir la necesidad de terapias farmacológicas.

El tabaquismo es un gatillo importante para el asma. El 23.8% de madres fuman durante el embarazo, cruzando la placenta el monóxido del carbono, la nicotina, y el cianuro, entrando en la circulación fetal. Los niveles fetales de estas sustancias tóxicas normalmente exceden aquellos de la madre. Se ven muchos efectos adversos en fumadoras asmáticas embarazadas con asma severa no controlada e incluyen aborto espontáneo, placenta previa, abruptio placentae, nacimiento de pretérmino, y muerte perinatal.

Otros gatillos medioambientales incluyen animales domésticos de sangre caliente, ácaros del polvo y del hogar, cucarachas, pólenes, y esporas.

Farmacoterapia

La anulación de gatillos medioambientales raramente previene síntomas del asma totalmente durante el embarazo. Por consiguiente, la medicación normalmente es necesaria controlar el asma en la madre. La terapia debe permitir la oxigenación adecuada y el crecimiento del feto. Antes de prescribir una droga se deben realizar consideraciones sobre efectos adversos maternos como adormecimiento, temblores, o náuseas. Efectos fetales como teratogenicidad, retraso del crecimiento, y toxicidad. Estos efectos pueden variar durante las diferentes fases de embarazo

Las opciones son:

I- Antihistamínicos

Aproximadamente 20% de los embarazos son complicados por rinitis alérgica y otras enfermedades alérgicas. Otro 10% presentan rinitis de causa no alérgica. Aunque la rinitis alérgica, eccema, o urticaria no amenazan la vida, estas condiciones pueden causar incomodidad considerable a las mujeres embarazadas, por lo que se indican a menudo antihistamínicos durante el embarazo. Se ha demostrado que pueden reducir los síntomas del asma, mejorando las pruebas de función pulmonar, y la calidad de vida. Antes de acudir a los antihistamínicos orales, parecería razonable instituir tratamiento con cromoglicato intranasal o terapia intranasal más potente, como beclometasona o budesonide, para los síntomas rinitis alérgico no controlada. Además, el uso de solución nasal hipertónica puede aumentar el clearence mucociliar. El uso de solución salina también puede remover alergenos.

Tripelennamine y clorfeniramine son los histaminicos recomendados de opción por la mayoría de los expertos, debido a su larga disponibilidad y a la existencia de datos animales y humanos. Sin embargo, los antihistamínicos de elección son ahora los no-sedativos como la loratadina y fexofenadina. Hay también antihistamínicos ligeramente sedativos como la cetirizina y azelastina intranasal. A pesar de la escasez de datos en humanos, el uso de loratadina durante el embarazo no presenta diferencias en el peso al nacimiento, circunferencia de la cabeza, longitud, y Apgar con respecto al grupo control.

Las recomendaciones para el uso de antihistaminicos durante el embarazo son:

1. Usar cromoglicato o corticosteroides nasal tópico y solución salina normal o hipertónica como primera línea.

2. Usar clorfeniramina o tripelennamina, con loratadina o cetirizina que son reservados para pacientes en que la sedación debe evitarse o minimizarse

3. Evitar utilizar antihistamínicos orales durante el primer trimestre, a menos que existan problemas sustanciales de calidad de vida.

4. Los datos disponibles son muy limitados con las nuevas drogas antihistamínicas, y por consiguiente el análisis riesgo-beneficio se reserva para las circunstancias especiales.

II- Descongestivos

Frecuentemente se prescriben descongestivos solos o en combinación con antihistamínicos, cuando estos últimos agentes no bloquean la descarga nasal en pacientes con rinitis. La oximetazolina es la droga preferida como descongestivo durante el embarazo temprano debido a su absorción sistémica es limitada a las dosis recomendadas. Tener presente que el uso de estas drogas producen rinitis medicamentosa, o congestión nasal de rebote, y su uso continuo no debe exceder 2 a 3 días.

La pseudoefedrina, que es considerada una droga segura durante cualquier período del embarazo, se ha implicado junto con la fenilpropanolamina como causa de un raro defecto de nacimiento (gastrosquisis). La pseudoefedrina sigue siendo el descongestivo oral de elección después del primer trimestre de embarazo.

III- Beta Agonistas

Los agonistas beta de corta acción han sido terapia de elección del asma durante muchos años para el asma intermitente leve con síntomas severos. Las opciones recomendadas son terbutalina, metaproterenol, y albuterol. El uso de epinefrina para el estado asmático se ha cuestionado por dos razones: es teratogénica en algunas especies animales, y ha sido reemplazada ampliamente por drogas nebulizadas de esta clase. Sin embargo, la epinefrina sigue siendo la droga de elección para tratar la anafilaxia aguda.

Las dosis altas de beta agonistas pueden causar efectos colaterales, como taquicardia, hiperglucemia, hipokalemia, nerviosismo, y temblor en la madre y el recién nacido expuesto, pero sus beneficios superan por lejos las reacciones relativamente menores.

IV- Ipratropium

El ipratropium es el agente de anticolinérgico utilizado en pacientes que no toleran los agonistas beta2. El ipratropium nebulizado puede proporcionar broncodilatación adicional cuando se agrega a la terapia con agonistas beta en el estado asmático.

V- Teofilina

La teofilina ha sido reemplazado ampliamente por los corticosteroides inhalados, agonistas beta de larga acción, y otras nuevas drogas. Pero este agente ha sido muy utilizado en el embarazo, y es más segura que otras nuevas drogas. Se usa por sus efectos broncodilatadores leves a moderados. Además han reportado efectos inmunomoduladores, anti-inflamatorios, y propiedades broncoprotectivas. Es una opción interesante para adicionar a la terapia con corticosteroides inhalados en el asma nocturno y a los agonistas beta2 durante el día.

Los efectos tóxicos de la teofilina son desde síntomas gastrointestinales leves a severos hasta arritmias cardíacas y convulsiones.

Según estudios previos, no presenta beneficios incluir aminofilina intravenosa en el tratamiento del estado asmático, pero se encuentra indicado en pacientes embarazada hospitalizadas con fallo respiratorio agudo o inminente. Se realiza una dosis de carga 6 mg/kg, seguido por una dosis de mantenimiento inicial de 0.5 mg/kg/h.

VI- Inhibidores de los mastocitos

El cromoglicato de sodio y el nedocromil sódico son drogas no corticosteroides con propiedades anti-inflamatorias modestas. Ambos agentes no presentan efectos colaterales significativos, pero demoran en presentar efectos clínicamente evidentes por lo que no son útiles durante los ataques agudos de asma.

VII- Corticosteroides

Los corticosteroides inhalados son aceptados como la medicación más efectiva para el control a largo plazo del asma persistente. El uso de beclometasona y budesonide son efectivos y no se han detectado diferencias significativas en la incidencia de malformaciones congénitas comparada con la población general.

Los corticosteroides orales son esenciales para el manejo del asma agudo y severo durante el embarazo. Varios estudios han demostrado que son seguros a corto plazo, en altas dosis de corticosteroides sistémicos y no incrementan la mortalidad perinatal.

El uso a largo plazo de corticosteroides sistémicos presenta riesgo de hiperglucemia y sus riesgos asociados. Hay informes de distrés fetal con niveles de glucosa muy elevados, y la diabetes mellitus pre-existente o gestacional pueden ser exacerbados con el uso de corticosteroides sistémicos.

VIII- Inhibidores de los Leucotrienos

Varios estudios a largo plazo han demostrado la efectividad de los inhibidores de los leucotrienos (zafirlukast o montelukast) para controlar los síntomas del asma. Los datos para las exposiciones del embarazo humanas son sumamente limitadas.

IX- Inmunoterapia

La inmunoterapia disminuye el estímulo crónico de los alergenos en las vías aéreas que provocan hiperreactividad en los pacientes con asma. Se han demostrado beneficios a largo plazo de inmunoterapia en reducir los síntomas de la rinitis alérgica y el asma bronquial. Aunque las medicaciones proporcionan alivio sintomático, la anulación del alergeno y la inmunoterapia son las únicas medidas terapéuticas que tienen el potencial para modificar el curso natural de estas enfermedades.

Dr. Guillermo Firman
10-JUL-2002

Bibliografía:

1. Murdock MP. Asthma in pregnancy. J Perinat Neonatal Nurs. 2002 Mar;15(4):27-36.

2. Hansen WF, Yankowitz J. Pharmacologic therapy for medical disorders during pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2002 Mar;45(1):136-52.

3. Paris-Kohler A, Megret-Gabeaud ML, Fabre C, Mares P, Vincent D. The allergic pregnant woman. Allerg Immunol (Paris). 2001 Dec;33(10):399-403

4. Powrie RO. Drugs in pregnancy. Respiratory disease. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2001 Dec;15(6):913-36.