

Asma y embarazo

Dra. C. Barjau, Dr. J. Subiza

Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

© De los textos y las figuras: los autores.

Coordinación editorial:
Jarpyo Editores, 2004
Antonio López Aguado, 4
28029 Madrid
telf. 91 314 43 38 — 91 314 44 58
e. mail: editorial@jarpyo.es
www.jarpyo.es

SVR: 363
Depósito Legal: M-5712-2002

Trabajo seleccionado para su publicación en la revista
Salud Rural, año 2004.
Patrocinado por Laboratorios Almirall Prodesfarma.

Reservados todos los derechos de edición. Se prohíbe la reproducción total o parcial de los artículos, material fotográfico, dibujos o cuadros contenidos en la presente publicación, ya sea por medio mecánico, de fotocopia o sistema de grabación, sin la autorización por escrito de los titulares del Copyright.

Asma y embarazo

Dra. C. Barjau, Dr. J. Subiza

Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

El asma es una complicación relativamente común del embarazo, estimándose que aproximadamente entre 1-7% de embarazos se ven complicados por asma. Los principales problemas que presenta una mujer embarazada asmática son:

- El efecto del embarazo sobre el asma de la paciente.
- Los efectos del asma en el embarazo y en el desarrollo del feto.
- Los efectos de las medicaciones usadas para el control del asma en el embarazo y en el desarrollo del feto.

Efectos del embarazo en el asma

Es bien conocido que el embarazo puede afectar a la severidad del asma de la paciente, en general podemos decir que durante el embarazo la tercera parte de las pacientes mejoran del asma, en otra tercera parte la severidad del asma permanece inalterada o estable y por último otra tercera de las pacientes ven como su asma empeora durante el embarazo.

Aunque no es posible al inicio del embarazo pronosticar cual será la evolución del asma, este si suele tener una evolución similar en sucesivos embarazos.

En aquellas pacientes en las que su asma mejora en el embarazo, se caracteriza por una mejoría progresiva de los síntomas del asma a lo largo del embarazo, con la mejoría máxima objetivándose en las 4 ultimas semanas de gestación. En las pacientes en las que se produce un empeoramiento o deterioro de sus síntomas es generalmente experimentado entre la 29 y 36 semanas de gestación, aunque estas pacientes pueden mejorar en las 4 ultimas semanas de gestación.

Efectos del asma en el embarazo y en el desarrollo del feto

Existe una pequeña evidencia de que un adecuado control del asma en el embarazo es responsable de aumentar la frecuencia de complicaciones maternas en el embarazo.

La principal preocupación del médico durante el embarazo de una paciente asmática es el bienestar del feto y el buen desarrollo

del mismo, siendo el problema más importante el mantener una oxigenación adecuada del feto en todo momento. Un asma grave y mal controlado si puede ser perjudicial para el desarrollo del feto ya que el mayor riesgo del feto en vías de desarrollo es la hipoxemia resultado de un asma grave no controlado, siendo la prioridad más importante del médico en una mujer asmática embarazada mantener su asma bajo un control óptimo a lo largo de todo el embarazo, ya que un asma mal controlado produce un descenso del oxígeno sanguíneo materno y por tanto una disminución del aporte de oxígeno disponible para el desarrollo del feto. El feto normalmente se desarrolla en un ambiente relativamente hipoxémico, la pO₂ de la vena umbilical es de solo 28,5 mmHg, esto es compensado por una mayor afinidad de la Hb fetal por el oxígeno así como por un flujo sanguíneo alto y por los shunts vasculares existente a nivel de la placenta.

Asma y mortalidad perinatal

Los estudios antiguos hacen referencia a un aumento de mortalidad perinatal en los niños de madres asmáticas, actualmente estudios más recientes solo hace referencia a un aumento del riesgo de prematuridad y de bajo peso al nacer.

El descenso de la morbilidad y mortalidad perinatal en los embarazos complicados con asma indica un mayor conocimiento de la fisiopatología del asma y unos mejores medios para el tratamiento y control del asma en el embarazo.

Preparto, parto y postparto

Solo un 10% de las mujeres embarazadas asmáticas desarrollan síntomas de asma durante el preparto o dilatación y durante el momento del parto, esto es debido a que la función de las vías aéreas mejora en las 4 últimas semanas de gestación, en el postparto o puerperio estas pacientes cuya severidad del asma cambio durante el emba-

razo, presentan un retorno a su estado o nivel de asma original a los 3 meses después del parto.

Efectos de la medicación antiasmática en el embarazo y en el desarrollo del feto

No se ha identificado ningún efecto adverso del uso de la medicación antiasmática en el curso del embarazo.

Definir sin embargo el efecto de cualquier medicación en el desarrollo fetal siempre es un problema. Los ensayos clínicos controlados de cualquier medicación durante el embarazo están cargados de dificultad y con frecuencia son considerados inmorales. La presunta seguridad de cualquier fármaco en el embarazo esta basada normalmente en estudios en animales de laboratorio y en el uso clínico a largo plazo (vigilancia post-marketing).

Manejo del asma en el embarazo

Los objetivos del tratamiento del asma durante el embarazo los podríamos resumir en seis puntos:

- Optimizar y perfeccionar el tratamiento no farmacológico.
- Evitar si es posible medicaciones cuya seguridad en el embarazo todavía esté en duda.
- Usar las dosis mínimas de medicación necesarias para controlar los síntomas de asma.
- Usar las dosis adecuadas de medicación para controlar los síntomas y evitar la hipoxia fetal.
- Usar la vía de administración del fármaco que produzca concentraciones plasmáticas más bajas y por consiguiente el menor paso de medicación posible que alcance al feto, siendo preferible la vía inhalada a la vía oral.

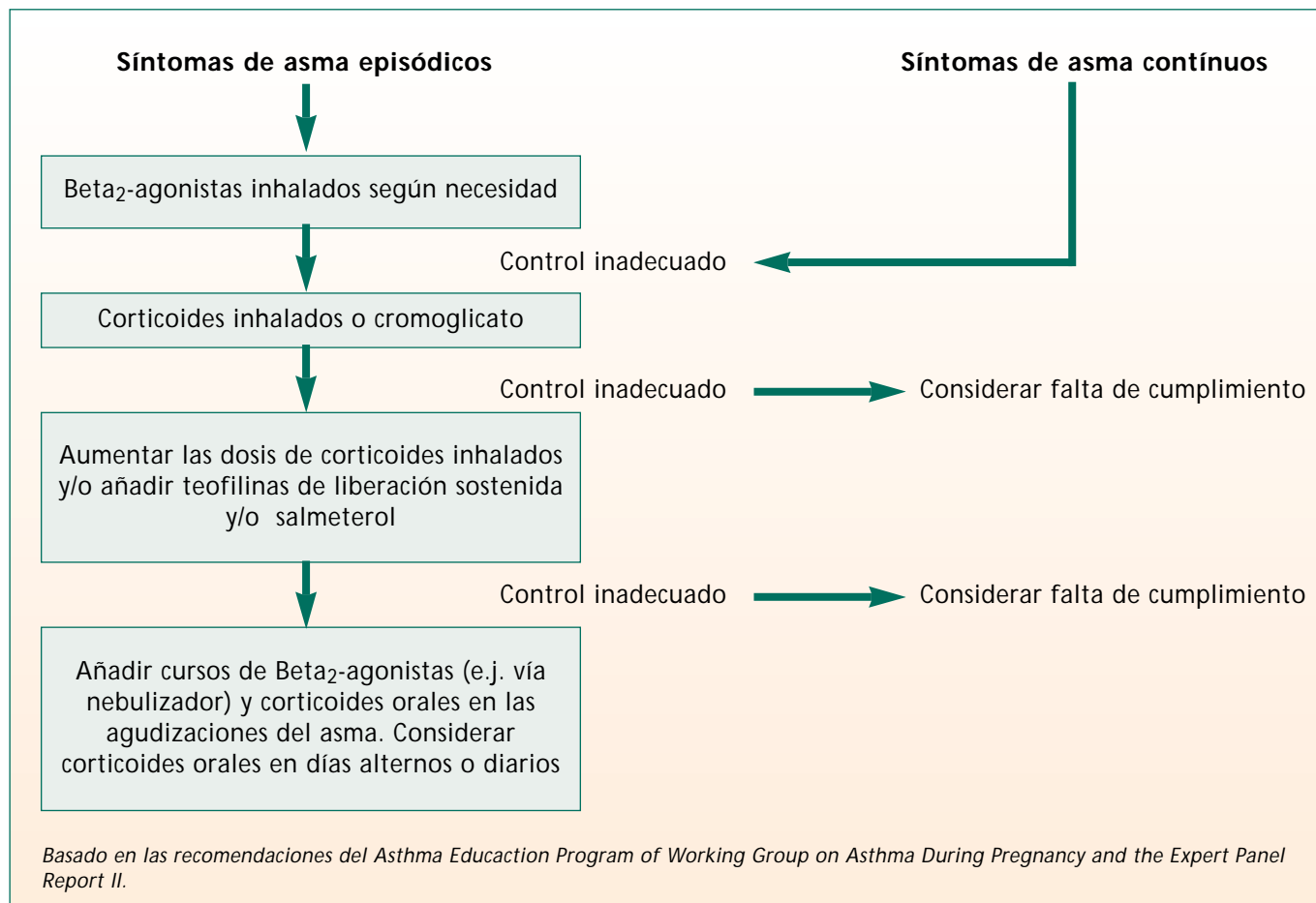


Figura 1. Guía por pasos para el manejo farmacológico del asma crónico en el embarazo

- Deben realizarse cualquier cambio en el tratamiento de las pacientes asmáticas antes de la concepción si es posible.

Es importante decir que las directrices del tratamiento de las mujeres asmáticas embarazadas no deben de diferir de las directrices actualmente aceptadas para el tratamiento de las mujeres asmáticas no embarazadas.

Medidas no farmacológicas para el control del asma en el embarazo

Deben de evitarse todos aquellos factores potenciales desencadenantes de síntomas de asma como:

- Evitar enfermedades del tracto respiratorio superior, incluso sinusitis y en caso de presentarse estas deben de ser tratadas pronto y adecuadamente, se han descrito a los lavados nasosinuales salinos (por ejemplo Grossan Sinus Irrigator) como una medida no farmacológica muy útil en algunas pacientes.
- En algunas pacientes ataques leves de asma pueden ser controlados rápidamente si estos son identificados por los pacientes con nebulizaciones de suero salino, técnicas de relajación y/o con la ingesta de líquidos calientes.
- En aquellas pacientes cuyo asma tiene un origen alérgico se debe valorar el inicio

Tabla I. Guía por pasos para el manejo farmacológico del asma crónico

| <i>Categoría</i> | <i>Frecuencia/Gravedad de los síntomas (S)</i> | <i>Función pulmonar (sin tratar)</i> | <i>Paso terapéutico</i> |
|----------------------|---|--|---|
| Leve intermitente | S ≤ 2 veces por semana S Nocturnos ≤ 2/ mes Exacerbaciones breves (pocas horas a pocos días) Asintomáticas entre episodios | ≥ 80% Función pulmonar normal entre episodios | β2-ago. inha. según necesidad |
| Leve persistente | S > 2 veces/semana pero no diario S Nocturnos > 2/ mes Exacerbaciones pueden afectar la actividad | ≥ 80% | β2-ago. inha. según necesidad Cromoglicato Sustituir por corticoides inhalados si no adecuado |
| Moderado persistente | S Diarios S Nocturnos > 1 semana Exacerbaciones afectan la actividad | 60%-80% | β2-ago. inha. según necesidad Corticoides inhalados Añadir teofilina oral y/o salmeterol |
| Grave Persistente | S continuos Actividad limitada Síntomas nocturnos frecuentes Exacerbaciones agudas ffrecuentes | < 60% | Lo anterior + corticoides orales (curso para síntomas activos, días alternos o diario si necesario) |

de inmunoterapia alérgeno específica, para que la paciente se encuentre en la fase de mantenimiento antes de la concepción, dar un mayor énfasis a las medidas de control ambiental (por ejemplo frente a ácaros del polvo domestico, pólenes etc.)

Factores desencadenantes del asma más comunes

Entre ellos cabe citar: alergia, ejercicio, infecciones respiratorias, estrés emocional e irritantes pulmonares

Las mujeres asmáticas embarazadas deben conocer la existencia de múltiples factores externos que pueden desencadenar la apari-

ción de síntomas de asma, dichos factores se pueden identificar y prevenir o evitar, manteniendo así estable su asma y evitando una reactivación de los síntomas.

Alergia

Diagnosticar y conocer los neumoaergenos a los cuales la paciente está sensibilizada mediante las pruebas cutáneas de prick tests, que se pueden considerar seguras en el embarazo, y realizar medidas de control ambiental y evitación alérgica por ejemplo con ácaros del polvo doméstico.

Planificar el inicio de la inmunoterapia alérgeno específica para completar la fase de inicio y encontrarnos en fase de mantenimiento antes



- VMPlus®
- Monitor de asma Jaeger®
- Se monitoriza el FEV₁ al levantarse y acostarse
- Asma no controlado si variabilidad

Figura 2. Monitorización del FEV₁ en domicilio.

de la concepción pudiendo continuarse en el embarazo esta fase de mantenimiento mensual a lo largo de todo el embarazo.

Ejercicio

Las pacientes asmáticas pueden realizar ejercicio de forma regular durante el embarazo, siendo la natación el deporte más indicado o de elección frente a otros ejercicios, se puede utilizar broncodilatadores 10 a 15 minutos de forma preventiva antes de ejercicio intenso.

Infecciones respiratorias

Deben evitarse todas aquellas infecciones del tracto respiratorio superior y en caso de presentarse tratarlas de forma rápida y adecuada, se recomienda durante el embarazo la vacunación frente al virus de la gripe (aunque es preferible a partir del 2º trimestre).

Podemos minimizar el riesgo de reactivación de asma por las infecciones del tracto respiratorio superior siendo entonces el resultado la

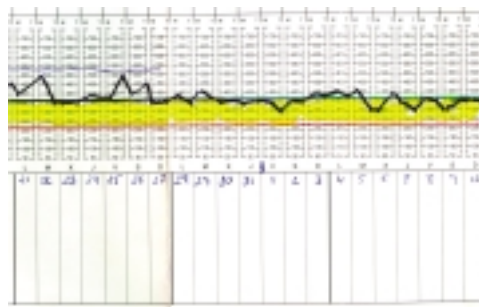


Figura 3. Monitorización del PEF en domicilio.



- PocketPeak®
- MiniWright®
- Se monitoriza el PEF al levantarse y acostarse
- Asma no controlado si variabilidad >20%

mejoría de los síntomas de asma, podemos disminuir el riesgo de infecciones: evitando desencadenantes alérgicos, realizando lavados nasosinusales salinos, uso intranasal de cromoglicatos o corticoides tópicos, continuar la fase de mantenimiento de inmunoterapia y el uso de antibióticos prontamente (en caso de infecciones purulentas) y durante un periodo de tiempo adecuado. Para el tratamiento de los procesos agudos no es perjudicial sino que beneficia tanto al control del asma como al curso del embarazo y desarrollo del feto.

Estrés

El estrés puede desencadenar en aquellos pacientes susceptibles una reagudización leve de sus síntomas de asma, siendo la relajación una forma importante de tratamiento no farmacológico para el control de estas crisis.

Irritantes pulmonares

Deben evitarse las zonas muy polucionadas, humo de tabaco, frío, cambios bruscos de temperatura, etc.

Inmunoterapia en el embarazo

La inmunoterapia puede ser una valiosa herramienta para minimizar la necesidad de medicación y los síntomas de asma, deben de seguirse unas normas generales.

El mayor riesgo de la inmunoterapia en el embarazo es el de la anafilaxia que puede seguir a la inyección del alérgeno, esta puede desencadenar desde un parto prematuro hasta un aborto. Por tanto, la fase de inicio de la inmunoterapia alérgicoespecífica esta contraindicada durante el embarazo.

Una vez alcanzada la fase de mantenimiento de la inmunoterapia esta se debe de continuar a lo largo de todo el embarazo con igual dosis mensual de mantenimiento o ligeramente mas baja.

El embarazo no contraindica la fase de mantenimiento de la inmunoterapia.

Medicamentos seguros en el embarazo para el tratamiento del asma

Entre estos cabe citar:

- Agentes beta2-adrenérgicos principalmente terbutalina o salbutamol.
- Cromoglicatos.
- Corticoesteroides inhalados especialmente beclometasona y budesonida.
- Teofilinas.
- Corticoides vía oral si está indicado por la clínica de la paciente.

Los conceptos actuales dan énfasis al uso creciente de agentes antiinflamatorios inhalados para disminuir la dependencia o abuso de agentes simpaticomiméticos usados para el alivio sintomático. Aunque el salmeterol es una medicación relativamente nueva, por vía inhalatoria su eficacia y tolerabilidad lo hacen útil en pacientes inadecuadamente controlados a pesar de estar recibiendo dosis medias de corticoides inhalados (beclometasona o budesonida entre 400-800 µg/día). Las teofilinas se han usado de forma segura en el embarazo durante años y pueden también asociarse a los corticoides inhalados (solos o asociados con Salmeterol).

Medicaciones con riesgo o que no deben usarse en el embarazo

- Tetraciclinas: pueden producir displasia del esmalte dental y retraso de crecimiento del esqueleto fetal.

- Fármacos yodados: que pueden producir hipotiroidismo y bocio fetal.
- Salicilatos y otros y AINEs: pueden desencadenar ataques severos de asma en sujetos susceptibles, la aspirina puede interferir a la coagulación y tener riesgo en el embarazo y parto.
- Betabloqueantes e inhibidores de prostaglandinas: que al igual que las aspirinas y antiinflamatorios no esteroideos pueden desencadenar ataques severos de asma en sujetos susceptibles.
- Descongestionantes orales: durante el primer trimestre de embarazo.
- Metilprednisolona intravenosa (1 mg/kg cada 6-8 horas) como tratamiento inicial en pacientes que toman tratamiento regularmente con corticoesteroides inhalados y que han presentado una pobre respuesta tras la primera hora de aerosoles con broncodilatadores.
- Considerar uso de aminofilinas intravenosas (sólo en aquellas pacientes que requieran hospitalización) usándose a dosis de 6 mg/kg dosis de choque inicial y una dosis de mantenimiento de 0,5 mg/kg/hora, ajustando posteriormente las dosis según los niveles de teofilina sanguínea entre 8 y 12 microgramos/ml.
- Considerar uso de salbutamol subcutáneo a dosis de 0,5 mg en pacientes que no responden a la terapia previa.

La dirección óptima del tratamiento de las mujeres asmáticas embarazadas no debe diferir del de las mujeres asmáticas no embarazadas, la mejor comprensión de la fisiopatología del asma y el aumento de la experiencia con nuevas medicaciones permite obtener un control óptimo del asma durante el embarazo.

Tratamiento del asma agudo en el embarazo

- Broncodilatadores beta2-agonistas mediante aerosolterapia (salbutamol solución para respirador). Se administrará a una dosis de 2,5 mg que puede repetirse cada 20-30 minutos hasta un total de 3 dosis en los primeros 60-90 minutos.

Bibliografía recomendada

1. Middleton E et al (eds). Allergy: Principles and Practice, Mosby 1998 (5ª edición):
2. National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) (ed). Global Strategy for Asthma Management. WHO Workshop 2002.
3. GINA 2002: Updated from NHLBI/WHO Workshop Report: Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NIH Publication N.º 02-3659. www.ginasthma.com
4. Asthma_in_Pregnancy. Sheldon Spector and Pharmacotherapeutics Committee of the AAAAI 2000 www.aaaai.org

Correspondencia:

Javier Subiza

www.clinicasubiza.com