

OBSTETRICIA

ASMA EN EMBARAZO Y MANEJO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Carolina Songg Lee*

SUMMARY

The course of asthma during pregnancy varies, a third remaining stable, another third improving and the rest getting worse. Asthmatic women have an increased risk of gestational arterial hypertension, preeclampsia, gravidarum hyperemesis, placenta previa, vaginal haemorrhage and induced and/or complicated childbirth. (1,2,3)

INTRODUCCION

El asma bronquial (AB) es el desorden respiratorio que más frecuentemente complica la gestación. Según las estadísticas de Schatz et al (8), afecta alrededor de un 0,5-1,3% de la población gestante. Está en clara relación con un aumento de la morbilidad materno fetal (4) y puede complicarse con: partos pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, fetos de bajo peso al nacer y anomalías congénitas. Las madres tienen más riesgo de parto por cesárea, estancias hospitalarias prolongadas y cuadros graves de asma; de éstos,

el de peor pronóstico es el asma casi fatal. (5)

FISIOLOGIA RESPIRATORIA EN EL EMBARAZO

Durante el primer trimestre del embarazo hay un aumento del volumen corriente (VC), producido por un mecanismo de hiperventilación debido a la acción de la progesterona, que aumenta la sensibilidad del centro respiratorio al CO₂ por un lado y, por otro, estimula directamente el centro respiratorio. La gasometría arterial de una gestante muestra un aumento de la PO₂ (99-106

* Médico General, Hospital San Vicente de Paúl.

mmHg), un descenso de la PCO₂ (26-30 mmHg) y un aumento del pH (7,42-7,46). Esta alcalosis respiratoria fisiológica de la mujer gestante debe tenerse en cuenta a la hora de la interpretación de una gasometría arterial durante una crisis asmática, ya que una PO₂ menor de 70 mmHg en la embarazada representa una hipoxemia grave y una PCO₂ mayor de 35 mmHg indica un fallo respiratorio agudo (9). Otra consecuencia de la hiperventilación es la disnea que se produce durante el inicio del embarazo en un 60-75% de las embarazadas. Este tipo de disnea, típica del primer trimestre, así como la disnea producida al final del embarazo como consecuencia de la elevación del diafragma por el crecimiento uterino, son fisiológicas y deben diferenciarse de la disnea asmática.

Otras modificaciones fisiológicas que se producen en relación con los volúmenes pulmonares son la disminución del volumen de reserva espiratorio (VRE) y del volumen residual (VR) hasta del 20%, lo que conlleva una disminución de la capacidad residual funcional (CRF). Estos cambios pueden atribuirse a la elevación del diafragma y la modificación del tórax por el crecimiento uterino. A pesar de la disminución del VRE y de la CRF, la capacidad vital (CV) y la capacidad pulmonar total (CPT)

no cambian de forma significativa durante el embarazo. (6,7) **Esta conservación de la CV y de la CPT se consigue gracias a un aumento de la movilidad de las costillas. Éstas amplían su ángulo de inserción, pasando de 68° a 103° con lo que aumenta el diámetro transversal del tórax, cuya circunferencia en su parte inferior crece entre 5 y 7 cm (7).** Otro cambio fisiológico que se produce en las vías respiratorias es una congestión nasal vascular que da lugar a hemorragias nasales y congestión nasal. Este efecto se cree debido, por un lado, a la acción de los estrógenos que aumentan el volumen circulatorio, y por otro, a la acción vasodilatadora de la progesterona (5,6).

CLINICA

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la presencia de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, que cursan de forma intermitente pero con predominio nocturno o de madrugada, y son desencadenadas por diversos estímulos, entre los que se encuentra una amplia variedad de antígenos, infecciones o el simple ejercicio. Las variaciones estacionales y los antecedentes familiares de atopia son aspectos que deben tenerse muy en cuenta. Se han elaborado y validado diferentes cuestionarios de

síntomas para su uso en estudios epidemiológicos. La exploración física puede ser normal, aunque el signo más habitual es la auscultación de sibilancias de predominio espiratorio. En muchas ocasiones se observan signos acompañantes de rinitis. Durante una agudización los síntomas son muy evidentes, y predomina la dificultad respiratoria y la expectoración mucosa tenaz y difícil de obtener. La respiración puede ser muy dificultosa, existe un gran atrapamiento aéreo y pueden llegar a producirse el paro respiratorio y la muerte (10).

TRATAMIENTO

El objetivo final del tratamiento del asma durante el embarazo es prevenir la hipoxia fetal, logrando este objetivo con una adecuada oxigenación en la madre; manteniendo así los niveles en la saturación de oxígeno > 95%. Otros objetivos incluyen exacerbaciones mínimas o nulas durante el día y/o la noche, sin limitaciones de las actividades diarias, mantenimiento de la función pulmonar normal o casi normal, mínimo uso de salbutamol, y mínimos o nulos efectos adversos de los medicamentos. La gestión eficaz del asma durante el embarazo se basa en cuatro componentes integrales: medidas objetivas para la evaluación y el monitoreo,

la educación de la paciente, la prevención o el control de los desencadenantes del asma y la terapia farmacológica. (5). No son comúnmente necesarios las radiografías de tórax sin embargo; las mismas no están contraindicadas. Debe iniciarse el monitoreo fetal si la gestación ha avanzado hasta el punto de potencial de la viabilidad fetal. Salbutamol (2,5 a 5 mg cada 20 minutos para las tres dosis en la primera hora, y luego 2,5 a 10 mg cada 1 a 4 horas, según sea necesario, o de 10 a 15 mg/hora de forma continua) deberá ser administrada por nebulizador accionado con oxígeno. El uso combinado de bromuro de ipratropio y broncodilatadores β_2 asegura un mejor control de la sintomatología en pacientes con obstrucción grave al flujo aéreo y en aquellas que tienen respuesta insuficiente al uso inicial de broncodilatadores, bromuro de ipratropio, 0,02 mg/inhalación, 4-10 inhalaciones cada 4-6 horas. Si el tratamiento nebulizado no es eficaz, utilizar terbutalina, 0,25 mg, se puede administrar por vía subcutánea cada 20 minutos durante tres dosis. Para el tratamiento de exacerbaciones

agudas, prednisona, metilprednisolona, o prednisolona se puede administrar, de 40 a 120 mg de inicio y 40 a 80 mg cada 6-8 hs de mantenimiento intravenoso. Considerar el tratamiento adyuvante tal como sulfato de magnesio en las exacerbaciones graves. (5,9,10)

RESUMEN

El curso del asma durante el embarazo es variable, un tercio no cambia, otro tercio mejora y el resto cada vez peor. Las mujeres asmáticas tienen un mayor riesgo de hipertensión arterial gestacional, preeclampsia, hiperemesis gravídica, placenta previa, hemorragia vaginal parto complicado y/o inducido. (1,2,3)

BIBLIOGRAFIA

1. Barber M, Plasencia W, Gutiérrez I, Cabrera F, Martín A, Molo C, García J. Manejo del asma grave en pacientes gestantes. ELSEVIER. 2007; 568-576.
2. Brusasco V, Crimi E, Pellegrino R. Airway hyperresponsiveness in asthma: not just a matter of airway inflammation. Thorax 1998;53:992-8.
3. Crapo R. Guidelines for Methacholine and Exercise Challenge Testing 1999. Am J Respir Crit Care Med 2000;161:309-29.
4. Minerbi-Codish I, Fraser D, Avnun L, Glezerman M, Heimer D. Influence of asthma in pregnancy on labor and the newborn. Respiration. 1998;65:130-5.
5. Myron A, et al. When allergy and asthma complicate pregnancy. Ann Allergy Asthma Immunol 1998; 81: 30-34.
6. Plaza V, Álvarez F, Casan P, Cobos N, López A, Llauger M, Ross, Quintano J. Guía española para el manejo del asma. GEMA. 2003; 39(Supl 5):3-42.
7. Rita K, et al. Acute asthma among pregnant women presenting to the emergency department. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 887-882.
8. Schatz M. Special considerations for the pregnant woman with airway disease. J Allergy Clin Immunol 1998; 101: 373-378.
9. Schatz M. The course and management of asthma and allergic diseases during pregnancy. En: Middleton E, Reed CE, Ellis EF, Adkison NF, Yunginger JW, ed. Alergia. Principios y práctica, Cap 65, vol II, 3ª Ed. Barcelona: Salvat Editores SA; 1992.
10. Schatz M, Zeiger RS, Hoffman CP, Harden K, Forsythe A, Chi-lingar L, et al. Perinatal outcomes in the pregnancies of asthmatic women: a prospective controlled analysis. Am J Respir Crit Care Med. 1995;151:1170-4.