

Manejo de la embarazada alérgica

Dra. Ana María Agar M.
Inmunóloga clínica
Departamento de Medicina
Clínica Alemana de Santiago
Santiago-CHILE



Dra. Agar

www.scai.cl

- Las enfermedades alérgicas afectan aproximadamente al 20% de las mujeres en edad fértil

Prevalencia de asma en el embarazo

- - Asma afecta a aprox. 8.4-8.8% de embarazadas en USA
- - Entre 1988-1994 y 2001-2002 la prevalencia del diagnostico de asma en embarazadas en USA se incremento desde 6.6% a 14.7%

Kwon et al

- Immunol Allergy Clin N.Am 26(2006):29-62

Asma y embarazo

- 1/3 mejora el asma durante el embarazo
- 1/3 no experimenta cambio
- 1/3 empeora el asma

Asmáticas **severas** incluso aquellas bajo buen control médico antes del embarazo, es más probable que experimenten **exacerbaciones severas** durante el embarazo

Cambios pulmonares durante el embarazo

- **Aumenta** el diámetro anteroposterior del tórax
- **Disminuye** capacidad residual funcional
- **Disminuye** volumen pulmonar residual
- **Disminuye** capacidad pulmonar total
- **Disminuye** resistencia vía aérea

No cambian

- Capacidad vital
- VEF1
- PEF

Aumentan

- Consumo de oxígeno
- Producción de CO₂
- Ventilación alveolar
- Trabajo de respirar: Disnea fisiológica del embarazo

Etapas del embarazo y asma

- Las distintas etapas del embarazo no son lo mismo para pacientes que tienen asma
- El **1er trimestre** generalmente es **bien tolerado** en asmáticas que tienen pocas exacerbaciones.
- El **peak** en la incidencia de exacerbaciones ocurre durante el 6to mes independiente de la severidad del asma (**29 – 36 semanas**)

- La infección de vías respiratorias suelen ser el principal desencadenante de las crisis asmáticas que es más frecuente entre las semanas 24 y 36 , poco frecuente entre la 37 y 40 y muy rara durante el trabajo de parto

Factores que intervienen en la evolución positiva del asma durante el embarazo

- Progesterona y estrógeno facilitan la broncodilatación
- Aumenta la cortisolemia
- Aumenta la producción de PGE, PGI₂ y de factor natriurético atrial con efecto miorrelajante bronquial

Factores evolución negativa

- Efecto competitivo de progesterona, aldosterona y desoxicorticosterona con el cortisol bronquial
- Acción broncoconstrictora de la PGF2alfa
- Factores mecánicos
- Mayor eficacia de infecciones respiratorias como gatillantes de las crisis
- Reflujo gastro- esofágico
- Estrés

Severidad del asma y embarazo

- Pacientes con asma leve la mayoría no muestra cambios en su enfermedad (72%), 16% empeora y 12% mejora
- Cuando se evalúan asmáticas severas se encuentra que ninguna de ellas mejora durante el embarazo, 17% no cambia y 83% empeora

Gluck JC et al

Ann Allergy 1976;37:164-8

- En el **último mes de embarazo** , el asma **mejora** en la mayoría de las asmáticas **leves y moderadas**.
- Aún entre las mujeres cuyo asma empeora durante el embarazo , hay una **mejoría relativa** en las **ultimas 4 semanas** de embarazo

Trabajo de parto y alumbramiento

- Aprox. 10-20% de las asmáticas tienen síntomas de asma en el trabajo de parto y alumbramiento.
- Estos síntomas habitualmente son **leves** y pueden ser controlados fácilmente

- La incidencia de síntomas de asma en este período se incrementa con el incremento en la severidad del asma
- Se reporta un riesgo mayor incrementado en **18 veces** de tener exacerbación asmática en alumbramiento por **cesárea** en comparación con la **vía vaginal**

Mabic et al

J Matern Fetal Med 1992;1:45

Curso del asma post-parto

- En general el asma **retorna** a la severidad que tenía previo al embarazo
- Varios estudios han observado que los cambios en el asma que ocurrieron durante el embarazo desaparecen en los 3 meses posteriores al parto

White RJ et al

Respir Med 1989;83:103-6

Curso del asma durante siguientes embarazos

- Numerosos estudios encuentran que el curso del asma en una mujer individual es **similar** durante embarazos subsecuentes

Gammal et al

JEgypt Med Assoc 1963;46:903

Williams DA

Acta Allergol 1963 ;22:311

Tratamiento del asma durante el embarazo

Los objetivos que se intentan conseguir son:

- Mantenimiento de la función pulmonar normal
- Valoración del estado fetal
- Evitación de los desencadenantes
- Control y tratamiento

Objetivos del tratamiento del asma en embarazo

- Control absoluto de los síntomas
- Mantención de una función pulmonar normal
- Mantener niveles de actividad normales
- Prevenir episodios agudos
- Evitar los efectos adversos del tratamiento
- Dar como resultado un recién nacido sano

Mantenimiento de la función pulmonar normal

- Espirometría con medición de VEF1
(No se modifica durante el embarazo)
- Determinaciones diarias del PEF en asma moderada o grave

Normas generales en el tratamiento del asma en el embarazo

- Utilizar aquellos fármacos con los que existe más amplia experiencia e información del uso en embarazo
- Priorizar la vía inhalatoria sobre la sistémica
- Administrar las **dosis mínimas necesarias** para controlar los síntomas

Efectos del asma no controlado en el embarazo

- Preeclampsia
- Hipertensión gestacional
- Hiperemesis gravídica
- Diabetes gestacional
- Hemorragia vaginal
- Parto inducido o complicado

Complicaciones fetales

- Mortalidad perinatal
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Nacimiento prematuro
- Bajo peso al nacer
- Hipoxia neonatal

Seguridad de los medicamentos durante el embarazo

- Escasos estudios
- La mayoría de los medicamentos del asma no son nocivos para el feto o durante lactancia
- Asma no controlada pone a madre y feto en riesgo mayor que la medicación utilizada para controlarla

Manejo del asma durante el embarazo

- No farmacológico
 - **Monitoreo mensual** : Espirometria, PEF
 - **Evitar gatillantes del asma** : ácaros, humo cigarrillo, virus
 - **Educación del paciente**: reconocimiento síntomas empeoramiento , plan de acción

Tratamiento farmacológico

- **Corticoides orales:** Manejo a larga data del asma severo o para exacerbaciones severas durante el embarazo
- **Broncodilatadores de acción corta:** Se recomienda Albuterol y Salbutamol
- **β 2 agonistas de acción prolongada:** Se recomienda salmeterol (disponible por un período más largo de tiempo)

Otros medicamentos

- **Nebulización con ipratropio** : en asma agudo que no mejora con β agonistas
- Sólo como alternativa en embarazo pero **NO** preferidos:
 - **Cromolyn**: en asma persistente leve
 - **Teofilina**: en asma persistente leve o como terapia agregada a corticoides inhalados.
 - **Zafirlukast o Montelukast** : en asma persistente leve o como terapia agregada a corticoides inhalados

Terapia farmacológica en etapas durante el embarazo

- El número y dosis de los medicamentos usados se incrementan cuando es necesario y se disminuyen cuando es posible
- Las dosis decrecientes deben efectuarse cuidadosamente debido a que puede conducir a una exacerbación de los síntomas
- Las guías actuales sugieren posponer los intentos de reducir la terapia que esta controlando el asma de las pacientes hasta el nacimiento del niño

Figure 2. Levels of Asthma Control

Characteristic	Controlled (All of the following)	Partly Controlled (Any measure present in any week)	Uncontrolled
Daytime symptoms	None (twice or less/week)	More than twice/week	Three or more features of partly controlled asthma present in any week
Limitations of activities	None	Any	
Nocturnal symptoms/awakening	None	Any	
Need for reliever/rescue treatment	None (twice or less/week)	More than twice/week	
Lung function (PEF or FEV₁)[†]	Normal	< 80% predicted or personal best (if known)	
Exacerbations	None	One or more/year*	

Manejo en etapas del asma cronico durante el embarazo

Categoria

- **Leve intermitente**
- **Leve persistente**

Terapia en etapas

β agonistas inhalados a necesidad

Corticoide inhalado a dosis baja

Alternativa: cromoglicato, antileucotrienos o teofilina

- **Moderado persistente**
- Corticoide inhalado a dosis baja y β agonista de acción larga o dosis media de corticoide inhalado o dosis media CI y β agonista de acción larga
- Alternativa: Dosis baja o media de CI y teofilina o antileucotrienos

- **Severo persistente**
- Dosis alta de corticoide inhalado y β agonista de acción larga y si se necesita corticoides orales
- Alternativa: Dosis alta de corticoides inhalado y teofilina

Manejo del Asma durante trabajo de parto (TP) y alumbramiento (A)

- 10-20% de las mujeres desarrollan una exacerbación del asma durante TP y A
- La medicación para el asma debe **continuarse** durante este período
- Si se ha usado corticoides sistémicos en el mes previo se debe administrar una dosis de estrés durante el TP para prevenir una crisis adrenal materna

Precaución Medicamentos usados en TP

- Prostaglandina F_{2α} y Metilergonovina producen broncoespasmo
- Prostaglandina E₂, sulfato de magnesio y oxitocina pueden ser usados en forma segura en pacientes asmáticas

Corticoides orales en embarazo

- Los corticoides orales en una dosis equivalente a 10mg de prednisona oral diaria **disminuyen el peso fetal** al nacimiento y esta asociado con un **riesgo aumentado** de preeclampsia

Kelsen S.

JAllergy Clin Immunol 2003; 112 : 268-70

Clasificación FDA para drogas usadas en embarazo

- A** Los estudios controlados no muestran riesgo
- B** No hay evidencia de riesgo en humanos aunque los estudios en animales presenten riesgos o sean estos negativos
- C** El riesgo no se puede establecer, faltan estudios en humanos. Estudios en animales son positivos o también faltan
- D** Evidencia positiva de riesgo
- X** Contraindicado en el embarazo

Riesgo para el feto de la terapia farmacológica durante el embarazo

- **Broncodilatadores:**
- Terbutalina B
- Salbutamol B
- Albuterol C
- Salmeterol C
- Teofilina C

Antiinflamatorios

- Cromolin sodico B
- Montelukast B
- Nedocromil B
- Zafirlukast B
- Budesonida B
- Beclometasona C
- Fluticasona C
- Triamcinolona C

Antihistamínicos

- Clorfenamina B
- Cetirizina B
- Loratadina B
- Terfenadina C
- Fexofenadina C
- Astemizol C
- Hidroxicina C
- Desloratadina C

Categorías de riesgo en la lactancia

- **Seguridad máxima L1**
- Fármaco tomado por un gran número de madres lactantes. No se observa aumento de los efectos adversos en lactantes. Posibilidad de daño remota
- **Bastante seguro L2**
- Fármaco estudiado en número limitado de mujeres, lactantes sin aumento de los efectos adversos, posibilidad de daño remota

- **Moderadamente seguro L3**
- No se han realizado estudios controlados en lactantes. Fármacos solo deben ser administrados si posible efecto beneficioso justifique riesgo posible para el lactante
- **Posiblemente peligroso L4**
- Hay pruebas positivas de riesgo para el lactante
- **Contraindicado L5**
- Existe riesgo importante y demostrado para el lactante

Algunos fármacos y su riesgo en lactancia

- Cetirizina L2
 - Fexofenadina L3
 - Hidroxicina L1
 - Loratadina L2
 - Beclometasona L2
 - Budesonida L3
 - Fluticasona L3
 - Salbutamol L1
 - Salmeterol L2
 - Formoterol L3
 - Montelukast L3
-
- MD Martos et al Allergol Immunol Clin 2004;19:174-81

Corticoides inhalados

- Beclometasona muestra tasas de malformaciones mayores, pretérmino , bajo peso al nacer e hipertensión gestacional iguales que las tasas en grupos de asmáticas no expuestas
- Budesonida : Su uso no esta asociado a ningún efecto clínicamente relevante

El manejo adecuado del asma con B2 agonistas y corticoides inhalados durante el embarazo no altera el crecimiento fetal, mientras que los corticoides sistémicos tienen un efecto mínimo en el peso al nacimiento y en la longitud.

Bakhireva L J Allergy Clin Immunol
2005;116 : 503-9

Modificadores de leucotrienos

- La información en humanos publicada es limitada , no se pueden sacar conclusiones sobre su seguridad en el embarazo

Antihistamínicos

- **Antihistamínicos de 1era generación** no han sido asociados con un riesgo aumentado de malformaciones congénitas
- **Antihistamínicos de 2da generación** poseen información limitada debido a su introducción reciente. Algunos estudios muestran que no hay asociación con anomalías mayores, pretérmino o bajo peso al nacer

Descongestionantes

- Pseudoefedrina ha sido asociada a algunos **defectos del nacimiento mayores** (gastroquiasis y atresia de intestino delgado)
- No usar en 1er trimestre de embarazo
- Pasa a través de la leche materna

Síntomas de asma y uso de medicamentos en el embarazo

- 75% de las mujeres asmáticas que no tuvieron síntomas en el año previo al embarazo tienen síntomas durante el embarazo
- Prácticamente todas las mujeres que tuvieron síntomas por al menos 4 meses en el año previo al embarazo tienen síntomas durante el embarazo
- Kwon H et al Immunol Allergy Clin N Am 26(2006): 29-62

Inmunoterapia y embarazo

- No iniciar inmunoterapia durante el embarazo
- Continuar inmunoterapia si ya se ha iniciado
- No aumentar dosis
- Reducir dosis durante el embarazo

Rinitis alérgica y embarazo

- Igual que en asma la rinitis puede mejorar (15%), empeorar (34%) o permanecer sin cambio (45%)
- En 2 y 3er trimestre gestación puede presentarse rinitis vasomotora de la gestación
- Evitar alérgenos
- Medicamentos tópicos son seguros

Correlacion asma y rinitis durante el embarazo

- Pacientes con menos asma durante el embarazo , el 51% tambien tienen menos sintomas de rinitis y solo el 20% tiene incremento de la rinitis
- Solo el 2% de los pacientes cuyo asma empeoro reportaron menos rinitis y el 56% tenían incremento de la rinitis
- En pacientes cuyo asma no cambio durante el embarazo , el 27% incrementaron su rinitis

Estrategias en el tratamiento de rinoconjuntivitis alérgica en embarazo

- Todos los pacientes : evitar alérgeno
- Conjuntivitis: cromolyn oftálmico suplementado con loratadina o cetirizina según necesidad
- Rinitis intermitente: Leve ; loratadina o cetirizina (después 1er trimestre), en 1er trimestre clorfenamina es la elección
- Moderada-severa :budesonida intranasal suplementada con loratadina o cetirizina

Rinitis persistente

- Leve: Cromolyn intranasal suplementado con loratadina o cetirizina según necesidad
- Moderado-severo : Budesonida intranasal suplementado con loratadina o cetirizina

Antihistaminicos de uso oftalmico

- Tiene categoría C
- Antazolina
- Azelastina
- Ketotifeno
- Levocabastina
- Olopatadina
- Feniramina

FIN

Muchas gracias!

Dra. Agar

www.scaj.cl