

## **COMENTARIOS DEL DOCTOR ROBERTO ÁLVAREZ SINTES<sup>1</sup>**

Ante todo queremos destacar que consideramos al artículo excelente por la revisión exhaustiva y actualizada: los conocimientos que plasma el texto contribuirán sin dudas, no sólo a elevar el nivel científico técnico de nuestros médicos y a disminuir el aumento inquietante de la morbimortalidad asmática, sino que además contribuirá a hacer mejor la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la adolescente y adulta asmática grávida, con menores temores y base científica más sólida.

En nuestro país la frecuencia anual de esta enfermedad en embarazadas oscila entre el 9,8 y el 10 %, incidiendo notablemente en la mortalidad materna y fetal, prematuridad, CIUR, Apgar bajo, toxemia e hiperhemesis.

Deben tenerse presente siempre los siguientes aspectos:

1. El efecto del embarazo sobre el asma y viceversa. Si bien los efectos del primero sobre el segundo son impredecibles, por lo general las asmáticas ligeras tienden a mejorar y las severas a empeorar. Pero no hay dudas de que un óptimo control de la enfermedad conlleva a resultados del embarazo similares a los de personas no asmáticas.
2. Durante la gestación no se requieren modificaciones importantes del tratamiento habitual de una paciente; sin embargo, como siempre, hay que evitar los medicamentos innecesarios.
  - a) El efecto de los medicamentos antiasmáticos sobre el feto y las consecuencias que puede sufrir éste cuando el asma no es controlada: aunque no existe ningún medicamento totalmente seguro de inocuidad para la gestante, los beneficios de un adecuado control del asma están por encima de los posibles riesgos potenciales a los fármacos.
3. Las exacerbaciones agudas deben ser tratadas con agresividad con el fin de evitar la hipoxia fetal.
4. Ser capaz el equipo de salud (médico y enfermera de la familia) y el grupo básico de trabajo (GBT) de la atención primaria de salud, de brindarle a la adolescente y adulta toda la información que le pueda proporcionar seguridad y confianza, que no le proporcione ansiedad y preocupaciones, y que contribuya a la mejor relación médico-embarazada-familia.

En todo el artículo, se hace énfasis en la función determinante de la inflamación en el asma y lo que es más importante, en las ventajas de un adecuado tratamiento antiinflamatorio. En la medida en que tratemos la inflamación, tratamos la hiperreactividad bronquial y el broncospasmo.

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Miembro de la Comisión Nacional de Asma del Ministerio de Salud Pública. Ciudad de La Habana.

Coincidimos con *Shulman et al.* en los objetivos del tratamiento del asma durante el embarazo, sin embargo, somos del criterio de que el asma es una enfermedad inmunoalérgica también (a pesar de que muchos autores lo niegan), por lo que las medidas de control ambiental desempeñan una función importante y ocupan a nuestro entender la base del tratamiento de toda paciente asmática y cuando estas no son totalmente eficaces, asociar un antiinflamatorio que garantice el control de los síntomas y el mantenimiento de la función pulmonar en rangos de normalidad.

Los estabilizadores de membrana no han demostrado ser más potentes antiinflamatorios que los corticosteroides pero su mayor margen de seguridad y menor posibilidad de presentar toxicidades, hacen que sean los primeros medicamentos antiinflamatorios a utilizar. Si no existe respuesta satisfactoria al mes de tratamiento, o si desde el inicio la paciente requiere de, al menos, una aplicación diaria de un Beta dos agonista inhalado de corta duración, debe prescribirse el uso de esteroides inhalados a las dosis mínima que logre controlar la enfermedad. Los esteroides inhalados constituyen un medicamento eficaz y seguro, aun cuando se utilicen en el primer trimestre del embarazo. Recordar siempre que los esteroides sistémicos aumentan el riesgo de morir un asmático y los esteroides inhalados disminuyen este riesgo, válido en la embarazada.

La eficacia de la inmunoterapia en el asma es controvertida y esto es aún mayor en la asmática grávida, a pesar de su efectividad en algunos estudios; las recomendaciones para el tratamiento del asma alérgica comienzan con la evitación de alérgenos. Esto se recomienda para todos los pacientes con asma, independientemente de la severidad de la enfermedad. Un segundo paso en el tratamiento del asma alérgica (tipo de asma en la que la inmunoterapia puede resultar beneficiosa) lo constituyen los medicamentos: estabilizadores de membrana, corticosteroides y agonistas simpaticomiméticos.

La inmunoterapia debe considerarse en presencia de los siguientes factores:

1. Los síntomas clínicos se correlacionen de manera significativa con alérgenos específicos.
2. Las medidas preventivas y los medicamentos, no controlen adecuadamente los síntomas.
3. El paciente sea incapaz de tolerar los fármacos a causa de su toxicidad o efectos secundarios.
4. La exposición a los alérgenos esté relacionada con la ocupación y su evitación sea inaceptable. Esto es poco frecuente en nuestro país, donde el papel del especialista de medicina familiar ubicado en centros laborales o educacionales es de un valor máximo en la prevención del asma ocupacional o de las crisis agudas; interesándose además por la familia, la comunidad y el ambiente.
5. La rinitis estacional se presente concomitantemente con el asma estacional.
6. Los riesgos y beneficios de la inmunoterapia hayan sido valorados a profundidad en el paciente.

Por lo tanto, la inmunoterapia no está indicada para todos los pacientes con asma con pacientes que son incapaces de lograr un alivio sustancial de los síntomas con medidas de evitación y farmacoterapia. Esperamos que los estudios futuros sobre la inmunoterapia estandarizada demuestren su eficacia de manera más convincente.

Es importante saber que la inmunoterapia no debe ser iniciada durante la gestación, pero si se encuentra recibiendo puede continuarse o reducir la dosis a un tercio de la misma. Actualmente hay autores que recomiendan evitar su uso. La nueva indicación debe retrasarse hasta después del parto. Siempre deberá ser indicada por personal especializado cuando se han identificado alérgenos determinados y su uso debe ser prolongado (más de 24 meses) para lograr resultados positivos.

Dentro de los broncodilatadores, los agonistas simpaticomiméticos son la elección, mayor broncodilatación, menos efectos colaterales y tóxicos así como mayor seguridad en la gestante. Estudios doble ciego y controlados no demuestran diferencias entre las que los reciben y las que no, al comparar: mortalidad materna y perinatal, malformaciones congénitas, peso al nacer y puntaje Apgar.

A estas ventajas se le añaden hoy que liberan factor relajante derivado del epitelio, disminuyen la transmisión colinérgica y tienen acción antiinflamatoria. Aún, con todas estas ventajas, no se justifica su uso regular, a las desventajas clásicas se le añaden en la enferma grávida que pueden relajar el útero e incrementar la hiperreactividad bronquial. Se recomienda retirar o evitar el uso de los Beta dos agonistas al final del embarazo porque retrasan el trabajo de parto.

Las teofilinas y los anticolinérgicos son otras opciones broncodilatadoras.

Abogamos por la desalergización del medio, monitorear los síntomas, el uso de drogas y al igual que el artículo de revisión el flujo pico, ya que las pruebas de función pulmonar no sólo sirven para confirmar el diagnóstico, sino que resultan útiles para determinar la respuesta al tratamiento. Las pacientes suelen ser malos «árbitros» para juzgar la severidad de su propia asma, siendo esta una de las causas principales de sus muertes y los médicos podemos presentar en ocasiones dificultades para correlacionar el estado general de ellas con los hallazgos al examen físico.

Está demostrado que las pruebas realizadas con espirómetros en el consultorio de atención primaria o con medidores de flujo pico a domicilio, proporcionan datos objetivos que ayudan al médico a entender mejor las modalidades y la severidad del proceso asmático en la asmática grávida en cuestión. La monitorización periódica a domicilio de los flujos pico unido a planes específicos de terapia, dan como resultado menor despertar con asma en la función pulmonar, alcanzando una mejor calidad de vida estas pacientes y sus respectivas familias.

El ejercicio durante la gravidez resulta beneficioso tanto desde el punto de vista psíquico como fisiológico, por lo que no debe prohibirse su realización, sino estimular su práctica. Las clases de psicoprofilaxis han demostrado ser muy útiles en estas pacientes. El personal médico y paramédico debe individualizar la indicación y dosificación del mismo en correspondencia al estado de la embarazada y a las características del ejercicio que lo hacen desencadenante de crisis asmáticas.

El entrenamiento físico incluirá ejercicios respiratorios, de relajación y autorrelajación. La práctica de ejercicios Taichi, Qigong y Yoga ha demostrado efectos favorables.

En las crisis agudas sólo se deben realizar ejercicios y posturas de relajación, así como psicoterapia.

Me gustaría agregar al trabajo que comento, 2 aspectos importantes:

1. La atención a los factores psicológicos preexistentes ahora exagerados por el estrés habitual de la embarazada. Éstos serán abordados por el médico y la enfermera de la

familia y en caso necesario se solicitará ayuda a psicólogos, ginecoobstetras, etcétera, a pesar de haber sido interconsultada con éstos desde la captación del embarazo e incluso antes, mediante el control del riesgo materno perinatal.

2. El otro aspecto, es la terapia con medicina tradicional y natural. No debemos despreciar la función de ésta, sino observar sin apasionamiento los resultados y reforzar psicológicamente cualquier efecto positivo que se compruebe, aún cuando sea sólo un efecto placebo.

Las terapias de medicina tradicional utilizadas tanto en crisis como en intercrisis, deben ser aplicadas por un personal calificado, previo diagnóstico del tipo de síndrome tradicional que representa a esta enfermedad.

La fitoterapia debe ser indicada también por personal calificado.

A pesar de las ventajas, los procederes de medicina tradicional se prefiere no realizarlos durante el embarazo, pues existen puntos contraindicados en el mismo que pueden provocar aborto o parto prematuro y de ser necesario debe ser aplicado por un especialista en medicina tradicional asiática.

Pensamos que para mejorar la atención de nuestras asmáticas embarazadas deberá brindarse:

1. Educación a ellas, familiares, médicos, personal paramédico, maestros y toda la comunidad.
2. Adecuado control del riesgo materno perinatal mediante la dispensarización.
3. Control ambiental e interdisciplinario y multidisciplinario de ser necesario.
4. Manejo de los aspectos psicosociales de la gestante.
5. Monitorización objetiva de la función pulmonar.
6. Uso adecuado de los fármacos.

Por la amplia bibliografía actualizada del artículo de revisión que comentamos y experiencias obtenidas en nuestro país nos hacen plantear que la conducta ante una asmática embarazada debe ser rigurosa, continuada, integral, biosocial, interdisciplinaria y multidisciplinaria de ser necesario, siendo supervisado por el médico de familia o de atención primaria, logrando en el seguimiento de la embarazada interconsultas en el grupo básico de trabajo y/o hospitales ginecoobstétricos en dependencia de la severidad de la enfermedad.

Por la importancia que tiene para la medicina familiar concluyo este comentario de la misma manera que lo hizo el profesor *Vickie Shulman* del Departamento de Medicina Pulmonar del Colegio de Medicina Albert Einstein en la Ciudad de Nueva York "En el embarazo, los beneficios de un adecuado control del asma están por encima de los riesgos potenciales de los medicamentos sobre el feto, siempre que se usen de forma adecuada", pues a pesar de lo perjudicial o potencialmente tóxico de los medicamentos, mucho más es la hipoxia a que se ve sometido el feto durante los ataques de asma. A través de la Consulta de Riesgo Materno Perinatal la asmática y su familia deben ser aconsejadas de que el mayor riesgo para ella, su familia y el producto de la concepción reside en un mal control de la enfermedad.