

Asma e Gravidez: Tratamento Hospitalar

Asthma and Pregnancy: Hospital Admission

Francisco Mauad Filho, Cleusa Cascaes Dias, Deborah Ramos, Antonio Alberto Nogueira
Aderson Tadeu Berezowski, Geraldo Duarte

RESUMO

Objetivo: *avaliar as complicações perinatais decorrentes da associação de asma e gravidez em pacientes que necessitaram hospitalização para controle da crise asmática.*

Método: *análise retrospectiva de 12 casos de asma e gravidez que necessitaram de internação hospitalar e foram assistidos no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, no período compreendido entre 1992 e 1996. Os parâmetros analisados foram: idade materna, acompanhamento pré-natal, tempo de permanência hospitalar, tratamento instituído, intercorrências gravídicas, idade gestacional ao parto, tipo de parto, peso ao nascer e índice de Apgar.*

Resultados: *das 12 gestantes asmáticas, 7 não haviam iniciado o seguimento pré-natal antes da internação para o tratamento da crise asmática. Três pacientes apresentaram doença hipertensiva específica da gravidez, sendo um dos casos associado a rotura prematura de membranas e corioamnionite e outro associado a descolamento prematuro de placenta. Foram diagnosticados 2 casos de insuficiência placentária, um deles associado a trabalho de parto prematuro e transfusão feto-fetal em gestação gemelar e outro associado a oligoâmnio. Foi detectado 1 caso de oligoâmnio associado a pneumonia materna e óbito fetal e também 1 caso de polidrâmnio. Além disso, ocorreram 2 casos de parto prematuro e 3 recém-nascidos foram considerados pequenos para a idade gestacional.*

Conclusões: *a prevenção das complicações da asma na gravidez deve ser instituída antes mesmo da concepção, enfatizando-se os aspectos educativos da paciente em relação à doença e afastando-se quando possível os fatores desencadeantes das crises, como os alérgenos ambientais e o tabagismo. O tratamento deve ser instituído precocemente e a paciente deve ser acompanhada em conjunto pelo obstetra e pelo pneumologista.*

PALAVRAS-CHAVE: *Asma. Doença hipertensiva específica da gravidez. Crescimento intra-uterino restrito.*

Introdução

Asma é a doença respiratória crônica mais freqüente durante a gestação, acometendo de 0,4 a 4% das gestantes¹⁻³. Sua etiologia permanece desconhecida, mas é provavelmente associada a fatores genéticos e ambientais, e sua patogenia se caracteriza por obstrução reversível, inflamação e hiper-reatividade das vias aéreas⁴. O qua-

dro clínico da asma pode variar durante a gravidez, sendo que aproximadamente um terço das pacientes apresenta melhora da sintomatologia, um terço apresenta piora e em um terço não se observam alterações^{3,5}. A gravidade prévia da doença parece ser o fator determinante no grupo de pacientes cujo quadro clínico se agrava durante a gravidez⁶.

Os episódios de asma aguda se caracterizam por dispnéia grave, sibilos, tosse, dificuldade ao caminhar e ao falar e, freqüentemente, retração muscular no tórax ou pescoço⁷. A asma é classificada em leve (intermitente ou persistente), moderada e grave² e as exacerbações graves podem ocorrer em qualquer uma destas formas, sendo mais freqüentes nos casos de asma moderada e

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Correspondência: Francisco Mauad Filho
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia FMRP-USP
Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar
14049-900 - Ribeirão Preto - SP

grave, em que também são mais freqüentes as complicações perinatais³.

Vários estudos têm demonstrado um aumento na incidência de complicações perinatais decorrentes da associação de asma e gravidez, que parecem ser mais freqüentes nos casos mal controlados⁸⁻¹². As complicações mais comuns são o aumento da mortalidade perinatal, placenta prévia, pré-eclampsia, parto prematuro, anomalias congênitas, baixo peso ao nascer e aumento da incidência de cesárea. No entanto, se a asma for bem controlada durante a gestação o risco de complicações perinatais se iguala ao da população sem esta doença¹³.

O objetivo deste trabalho é o de apresentar e analisar a abordagem para pacientes grávidas com episódios de asma agudos e as repercussões sobre a gravidez.

Pacientes e Métodos

Com o objetivo de avaliar as complicações associadas às crises de asma na gravidez analisamos retrospectivamente 12 casos que requereram internação para controle do quadro, assistidos no HC-FMRP-USP, no período de 1992 a 1996, com aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa deste Hospital.

Os dados sobre o diagnóstico e a evolução foram obtidos dos prontuários das pacientes. Foram estudadas as seguintes variáveis: idade, controle pré-natal, medicações empregadas, complicações na gravidez, tipo de parto, peso dos recém-nascidos, índice de Apgar e complicações neonatais. A idade gestacional foi calculada pelo tempo de amenorréia com confirmação pela ultrasonografia e após o nascimento pelo método de Capurro. O diagnóstico da crise asmática foi clínico, baseado no quadro de dispnéia severa, sibilos, tosse, dificuldade para caminhar e falar e tiragem dos músculos do tórax e do pescoço. Foram incluídas no estudo apenas as pacientes que necessitaram de hospitalização para controle do quadro de broncoespasmo.

O tratamento protocolado para as gestantes com asma é semelhante ao tratamento instituído para as pacientes fora da gravidez e inclui determinação da função pulmonar, manutenção da saturação de oxigênio acima de 95%, monitorização fetal por meio da ultra-sonografia, cardiotocografia, perfil biofísico fetal, controle ambiental e eliminação, quando possível, dos fatores desencadeantes das crises. O tratamento medicamentoso protocolado para a asma leve é a administração de um beta-2 agonista inalatório

(terbutalina, salbutamol ou fenoterol, duas inalações a cada 4-6 horas), podendo-se acrescentar o cromoglicato de sódio, duas inalações a cada 4 horas. Na asma moderada associa-se um corticóide inalatório (dipropionato de beclometasona, 1,0 mg/dia) ao beta-2 agonista inalatório e ao cromoglicato já preconizados para a asma leve. Nos casos de asma grave acrescenta-se um corticóide via oral (prednisona, 30 a 60 mg/dia) e para as gestantes com crise asmática aguda, que necessitam de internação para controle do quadro, o tratamento inclui: nebulização com beta-2 agonista, corticóide endovenoso (metilprednisolona 0,8 mg/kg em uma hora e manutenção com 0,1 mg/kg/hora, ou hidrocortisona, 4-5 mg/kg em uma hora e manutenção com 0,5 mg/kg/hora) e se necessário aminofilina endovenosa (5-6 mg/kg em 100 mL de soro fisiológico em 20 minutos e manutenção com 0,5 a 0,9 mg/kg/hora) ou terbutalina subcutânea (0,25 mg a cada 30 minutos, até 3 vezes, e 0,5 mg a cada 4 horas como dose de manutenção).

Resultados

A média da idade das pacientes foi de 27 anos. No grupo estudado, cinco pacientes não tinham iniciado o seguimento pré-natal antes da internação para controle da crise asmática e as demais pacientes já faziam seguimento pré-natal no ambulatório de Patologia Obstétrica. A média de internações foi de 1,8 vezes por paciente, sendo que 8 pacientes requereram 1 dia de internação para controle do broncoespasmo, 2 pacientes requereram 2 dias de internação, 1 paciente permaneceu 11 dias internada e 1 paciente necessitou de 21 dias de hospitalização para controle do quadro.

Todas as pacientes foram medicadas com agonista adrenérgico seletivo para os receptores beta-2 (terbutalina) e 9 também utilizaram corticóide endovenoso (metilprednisolona). No grupo estudado três pacientes eram tabagistas.

As complicações observadas na gravidez foram: três casos de doença hipertensiva específica da gravidez (um associado a descolamento prematuro de placenta e um associado a rotura prematura de membranas e corioamnionite aguda), um caso de polidrâmnio, um caso de oligoâmnio e senescência placentária precoce, um caso de transfusão feto-fetal com insuficiência placentária precoce em gestação gemelar e um caso de oligoâmnio e óbito fetal na 31ª semana em paciente com asma de difícil controle associada a pneumonia.

Em relação ao parto, duas pacientes foram assistidas fora do nosso serviço. Nos dez casos atendidos nesta unidade, foram realizados seis partos normais, três partos com fórceps (um gemelar) e duas cesáreas. A idade gestacional ao parto esteve compreendida entre 32 e 40 semanas, com mediana de 38 semanas. Em dois casos o parto ocorreu antes da 37ª semana.

A mediana do peso dos recém-nascidos foi 2700 g e 3 recém-nascidos foram considerados pequenos para a idade gestacional. A mediana do índice de Apgar no primeiro minuto foi 8 e no quinto minuto foi 10. Não foram observadas malformações fetais ou outras complicações perinatais, além de um caso de pneumonia aspirativa e um caso de icterícia fisiológica do recém-nascido. Os resultados observados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características epidemiológicas, tratamento e evolução perinatal em 12 casos de gestantes asmáticas que necessitaram internação hospitalar para o tratamento das crises agudas.

Nº	Idade	Pré-natal	Intervenção (a)	Tratamento	Intercorrências (b)	IG ao parto (c)	Tipo de parto	Peso (g)	Apgar 1º e 5º minutos
1	20	Não	½	Agonista adrenérgico	Polidrâmnio	-	-	-	-
2	27	Não	1/1	Agonista adrenérgico	Tabagismo	39,6	Normal	3680	9/10
3	21	Sim	1/11	Agonista adrenérgico + corticóide	-	38,6	Normal	2300	9/10
4	36	Sim	2/1	Agonista adrenérgico + corticóide	DHEG, RPM, corioamnionite	37	Fórceps	2330	5/10
5	25	Não	1/1	Agonista adrenérgico + corticóide	DHEG, DPP	34	Normal	2190	8/9
6	32	Não	1/1	Agonista adrenérgico	Tabagismo	39,4	Normal	3390	3/5
7	32	Sim	8/21	Agonista adrenérgico + corticóide	Oligoâmnio, pneumonia, óbito fetal	31,5	Cesárea	1645	FM
8	24	Sim	2/1	Agonista adrenérgico + corticóide	Insuficiência placentária, TPP, Transfusão feto-fetal	36,3	Normal Fórceps (gemelar)	1950 2700	8/10 8/10
9	35	Sim	1/1	Agonista adrenérgico + corticóide	DHEG	38,5	Normal	2800	9/10
10	25	Sim	½	Agonista adrenérgico + corticóide	Insuficiência placentária precoce, oligoâmnio	-	-	-	-
11	14	Não	1/1	Agonista adrenérgico + corticóide	Tabagismo	38,1	Fórceps	2950	9/10
12	36	Sim	1/1	Agonista adrenérgico + corticóide	-	38	Cesárea	2910	10/10

(a) número de internações/dias de permanência hospitalar

(b) DHEG: doença hipertensiva específica da gravidez; RPM: rotura prematura de membranas; DPP: descolamento prematuro de placenta; TPP: trabalho de parto prematuro

(c) IG: idade gestacional

Discussão

No grupo estudado observa-se que 42% das pacientes não haviam iniciado o seguimento pré-natal antes da internação hospitalar para controle da crise asmática. Isto indica a necessidade de reforçar a importância do controle pré-natal para

a população geral e também a necessidade de medidas educativas prévias à concepção dirigidas às pacientes portadoras de doenças.

Neste trabalho destaca-se ainda a elevada incidência de complicações perinatais, o que também já foi constatado por vários autores que estudaram a associação de asma e gravidez^{3,8,9,14}. Schatz et al.³ revisou 14 trabalhos publicados na

literatura comparando a gravidez na paciente asmática com a não-asmática. Os resultados mostram aumento da mortalidade perinatal e aumento na incidência de pré-eclâmpsia, prematuridade e de baixo peso ao nascer, o que se acentua nas pacientes tratadas com corticóides. Outras complicações relacionadas são: hiperêmese gravídica, hemorragia anteparto, placenta prévia, trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas, indução do parto, aumento do índice de cesáreas, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, taquipnéia transitória do neonato, hipóxia neonatal, hiperbilirrubinemia neonatal e hemorragia pós-parto.

Os mecanismos fisiopatológicos que poderiam explicar as complicações perinatais nas pacientes asmáticas incluem etiologia comum para a irritabilidade ou hiper-reatividade da musculatura lisa brônquica e uterina. A hipóxia secundária à asma materna, a liberação de mediadores bioativos e as próprias drogas usadas para o tratamento da asma também devem contribuir para a ocorrência de complicações⁸.

A incidência de pré-eclâmpsia aumenta de duas a três vezes nas gestantes asmáticas, especialmente nas usuárias de corticóides, e no presente trabalho foram encontrados 3 casos desta associação. Especula-se que o aumento na liberação de leucotrienos e de mediadores como angiotensina e endotelina nas pacientes asmáticas possa contribuir para a ocorrência de pré-eclâmpsia^{3,8}.

Jadad et al.¹⁵ revisaram os trabalhos publicados na literatura referentes ao risco de malformações congênitas associadas ao tratamento farmacológico da asma no primeiro trimestre da gravidez. Os trabalhos analisados não mostraram risco significativo de malformações congênitas associadas ao emprego de beta-agonistas, teofilina, cromoglicato de sódio, corticóides, anti-histamínicos e descongestionantes.

Existe consenso entre os autores de que os benefícios do tratamento farmacológico da asma na gravidez são superiores aos possíveis riscos associados^{4,5}, sendo importante orientar a paciente asmática quanto ao uso correto da medicação¹⁶.

Durante a gravidez a asma deve ser tratada tão agressivamente quanto fora do período gravídico, visando prevenir episódios agudos de broncoespasmo e mantendo a função pulmonar e a oxigenação sanguínea o mais próximo do normal quanto possível, garantindo o aporte adequado de oxigênio para a mãe e para o conceito⁵. É imprescindível a monitorização constante do feto durante as crises agudas, avaliando-se sua vitali-

dade por meio da cardiotocografia, perfil biofísico fetal e dopplervelocimetria. Além disso, a condução dos casos de asma e gravidez requer uma abordagem cooperativa entre o pneumologista, o obstetra e a paciente. As intercorrências clínicas como por exemplo infecções e sinusopatia devem ser evitadas ou tratadas precocemente e a orientação adequada da paciente é fundamental na prevenção dos episódios de crise aguda.

A prevenção das possíveis complicações deve ser instituída antes mesmo da concepção, alertando-se as pacientes quanto aos riscos do tabagismo, que deve ser totalmente abolido, e tentando minimizar a exposição aos fatores ambientais que também podem desencadear as crises.

SUMMARY

Purpose: to study perinatal outcome in asthmatic pregnant patients who required hospital admission to control acute exacerbations.

Patients and Method: retrospective study of 12 pregnant asthmatic patients admitted at the Hospital das Clínicas, Department of Obstetrics and Gynecology, FMRP-USP, during the period between 1992 and 1996. The analyzed data included: maternal age, prenatal care, length of hospitalization, gestational age at delivery, type of delivery, neonatal weight and Apgar score.

Results: among the 12 asthmatic pregnant patients 7 did not have prenatal care for acute exacerbation treatment before hospitalization. Three of 12 developed preeclampsia (one with premature rupture of membranes and infection of the amniotic cavity and one with premature separation of the placenta); 2 of 12 were diagnosed with premature placental aging (one with premature labor and twin-to-twin transfusion syndrome and one with oligohydramnios); 1 of 12 was diagnosed with oligohydramnios and fetal death and had pneumonia, and 1 of 12 was diagnosed with polyhydramnios. Among the infants, 3 were small for gestational age.

Conclusions: perinatal complications were more frequent in asthmatic pregnant patients who required hospital care for the acute exacerbations. Chronic asthmatic patients in reproductive age should be advised before pregnancy about the prophylactic measures to reduce the incidence of acute crises and exacerbations during pregnancy should be treated promptly.

KEY WORDS: *Asthma. Hypertensive disorder of pregnancy. Intrauterine growth restriction. Introdução*

Referências

1. Weinstein AM, Dubin BD, Podleski WK, Farr RS, Spector SL. Asthma and pregnancy. *JAMA* 1979; 241:1161-5.
2. National Asthma Education Program. Report of the Working Group on Asthma and Pregnancy: management of asthma during pregnancy. Bethesda: National Institutes of Health; 1993. (NIH Publ. n° 93-3279).
3. Schatz M, Zeiger RS, Hoffman CP, et al. Perinatal outcomes in the pregnancies of the asthmatic women: a prospective controlled analysis. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151:1170-4.
4. Terr A. Asthma and reproductive medicine. *Obstet Gynecol Surv* 1998; 53:699-707.
5. Luskin AT. An overview of the recommendations of the Working Group on Asthma and Pregnancy. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103:S350-3.
6. Gluck JC, Gluck P. The effects of pregnancy on asthma: a prospective study. *Ann Allergy* 1976; 37:164-8.
7. Reinke LF, Hoffman L. Asthma education: creating a partnership. *Heart Lung* 2000; 29:225-36.
8. Demissie K, Breckenridge MB, Rhoads GG. Infant and maternal outcomes in the pregnancies of asthmatic women. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158:1091-5.
9. Perlow JH, Montgomery D, Morgan MA, Towers CV, Porto M. Severity of asthma and perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:963-7.
10. Lehrer S, Stone J, Lapinski R, et al. Association between pregnancy-induced hypertension and asthma during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:1463-6.
11. Stenius-Aarniala BS, Hedman J, Teramo KA. Acute asthma during pregnancy. *Thorax* 1996; 51:411-4.
12. Alexander S, Dodds L, Armson BA. Perinatal outcomes in women with asthma during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998; 92:435-40.
13. Cydulka RK, Emerman CL, Schreiber D, Molander KH, Woodruff PG, Camargo CA. Acute asthma among pregnant women presenting to the emergency department. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160:887-92.
14. Fitzsimons R, Greenberger PA, Patterson R. Outcome of pregnancy in women requiring corticosteroids for severe asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 78:349-53.
15. Jadad AR, Sigouin C, Mohide PT, Levine M, Fuentes M. Risk of congenital malformations associated with treatment of asthma during early pregnancy. *Lancet* 2000; 355:119.
16. Cousins L. Fetal oxygenation, assessment of fetal well-being, and obstetric management of the pregnant patient with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103:S343-9.

COMUNICADO AOS ASSOCIADOS E LEITORES

FEBRASGO na Internet

Para informações e consultas temos à disposição quatro endereços eletrônicos:

febrasgopresiden@uol.com.br
secretaria_executiva@febrasgo.org.br
publicacoes@febrasgo.org.br
tego_habilitacao@febrasgo.org.br