

► BLOQUE 9: MISCELÁNEA

Capítulo 38:

Urgencias respiratorias en la mujer embarazada

Autores

Ana M Escribano Dueñas Neumología. Hospital Universitario Costa del Sol (Málaga).

María Pérez Morales Neumología. Hospital Universitario Costa del Sol (Málaga).

Cristina López López Médica de Familia. Centro de Emergencias Sanitarias 061 (Almería).

Introducción

La disnea es el síntoma respiratorio más común de consulta en urgencias durante el embarazo (definición de disnea en Capítulo 1).

El 75% de las gestantes sufre **disnea fisiológica** debida a cambios cardiovasculares (aumento del gasto cardíaco), pulmonares (elevación del diafragma e hiperventilación inducida por progesterona que produce **alcalosis respiratoria** compensada fisiológica) y a ganancia de peso. No se acompaña de otros signos y síntomas¹.

Diagnóstico

Historia clínica detallada, exploración física minuciosa con toma de constantes y tener en cuenta fármacos que causan toxicidad pulmonar.

En la gestante, la principal causa de disnea es la fisiológica, seguida del asma, y la de mayor mortalidad es el tromboembolismo pulmonar (TEP)².

Pruebas complementarias:

Imprescindibles³:

- Electrocardiograma (ECG).
- Laboratorio:

- » Hemograma (anemia fisiológica de la gestante).
- » Bioquímica: Función renal, hepática, iones y proteínas, troponina, péptido natriurético cerebral (proBNP) (valores no alterados por embarazo).
- » Coagulación: Dímero D.
- » Gasometría arterial (tener en cuenta la fracción de oxígeno inspirado [FiO₂]).
- Radiografía de tórax: Protección plomada del abdomen.

Según disponibilidad³:

- Ecografía de tórax (Capítulo 21).
- Ecocardiografía: Valorar fallo cardíaco e hipertensión pulmonar (HTP).

El diagnóstico diferencial en la primera mitad del embarazo es similar al de las no embarazadas, y en el tercer trimestre o posparto hay que considerar causas relacionadas con la gestación².

Diagnóstico diferencial de la disnea basado en signos y síntomas²⁻⁸

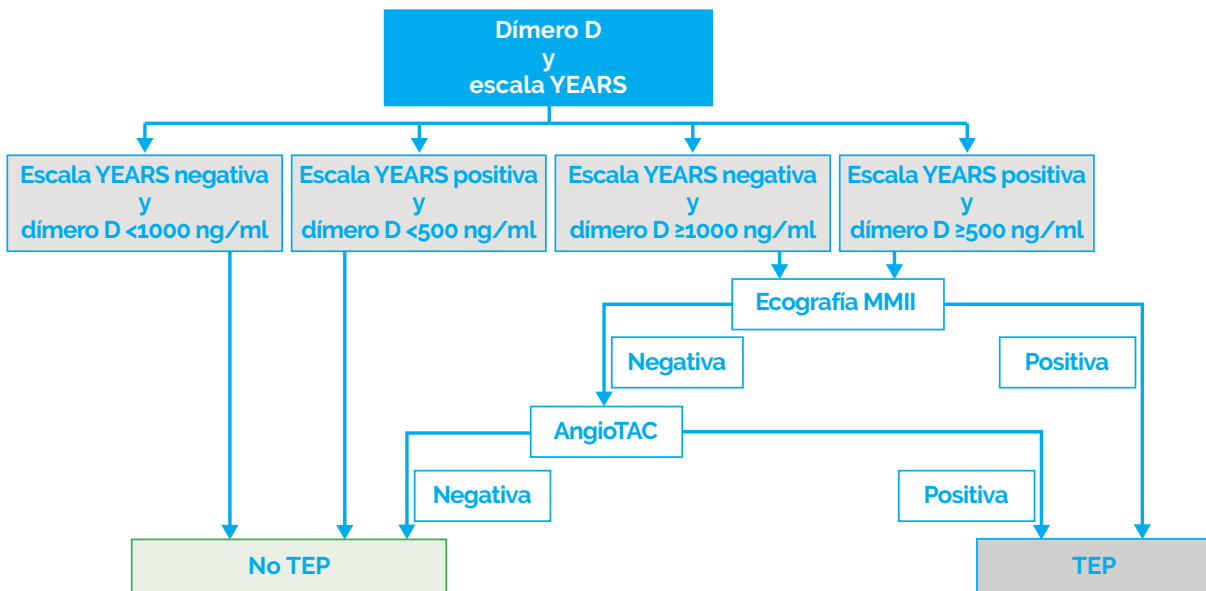
- Disnea súbita (Capítulo 1)
 - » TEP (**Figura 1**).
 - » Obstrucción de la vía aérea superior: Anafilaxia, compresión intrínseca o extrínseca, broncoaspiración, infecciones.
 - » Neumotórax espontáneo.
 - » Isquemia miocárdica, arritmia o disección aórtica.
- Tos aguda
 - » Infecciones respiratorias:
 - Las más frecuentes: Causa vírica (Capítulos 9 y 10).
 - Bronquitis aguda: Asocia expectoración oscura.
 - Tuberculosis: Asocia fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna (Capítulo 15).
 - » Asma: Antecedentes personales (AP) previos, sibilantes, opresión centrotorácica (Capítulo 11).

- » Patología cardíaca: AP de cardiopatía congénita y valvular. Asocia crepitantes, edemas periféricos, ingurgitación yugular...
- » Otras: Exacerbación de patología pulmonar crónica, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) (Capítulo 6).
- Tos subaguda o crónica (>3 semanas)
 - » Síndrome de tos de las vías respiratorias superiores ("goteo posnasal").
 - » Asma.
 - » Reflujo gastroesofágico.
- Auscultación patológica
 - » Sibilantes:
 - Causa más frecuente: Asma y bronquitis aguda.
 - Menos común: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Capítulo 12), enfermedades extratorácicas (anafilaxia, edema o parálisis de cuerda vocal).
 - » Crepitantes:
 - Edema pulmonar: Representa complicaciones avanzadas graves del embarazo y parto:
 - > Preeclampsia.
 - > Sobrecarga de volumen (iatrógena): Por tratamiento con: sulfato de magnesio, oxitocina y/o glucocorticoides.
 - > Fallo cardíaco: Cardiopatía previa o relacionada con el embarazo.
 - > Inducido por tocolíticos como la terbutalina, aunque los betamiméticos no selectivos están en desuso en favor de los selectivos y no betamiméticos.
 - SDRA (Capítulo 6):
 - > Embolismo de líquido amniótico.
 - > Sepsis.
 - > Neumonía grave bilateral (Capítulo 8).
 - Hipofonesis: Derrame pleural, neumotórax (Capítulos 19 y 23).
 - Estertores focales: Neumonía. Asocia tos, fiebre, dolor pleurítico, disnea y expectoración.

- Los síntomas aparecen o empeoran en el periparto
 - » Miocardiopatía periparto: Comienzo gradual desde las 36 semanas y hasta 4-5 meses postparto.
 - Asocia: Tos, ortopnea, disnea paroxística nocturna, mareo, astenia, dolor torácico y/o abdominal.
 - Exploración: Edemas maleolares, taquicardia, taquipnea, ingurgitación yugular y estertores.

Por otro lado, el embarazo y puerperio aumentan el riesgo de aparición de TEP. Otros factores de riesgo son: fecundación *in vitro*, enfermedad tromboembólica previa, obesidad, comorbilidades, muerte fetal, preeclampsia, hemorragia postparto, cesárea⁸.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico para la embarazada con sospecha de TEP.



Escala YEARS: 1) signos clínicos de TVP; 2) hemoptisis; 3) TEP como diagnóstico más probable.
 Negativa: Todos los criterios ausentes. Positiva: Uno o más criterios presentes.
 MMII: miembros inferiores; TEP: tromboembolismo pulmonar; TVP: trombosis venosa profunda.
 Figura tomada y adaptada de: JL, Alonso S, Arenas J, et al. Consenso multidisciplinar para el manejo de la embolia de pulmón. Material suplementario. Arch Bronconeumolog. 2022;58(3):246-254.

Manejo de la patología respiratoria en la embarazada

- Trate la causa como si se tratase de una paciente no gestante.
- Oxigenoterapia precoz para mantener una saturación de oxígeno adecuada (SatO₂ >95%, presión parcial de oxígeno [PaO₂] ≥70 mmHg).
- La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) está indicada. Evita complicaciones de la intubación orotraqueal (IOT) y el uso de sedorrelajantes³.

- La IOT tiene una tasa de fallo 8 veces mayor en gestantes (hiperemia de la vía aérea, disminución del calibre, reducción del tiempo seguro de apnea, aumento riesgo aspiración)³.
- En caso de TEP, anticoagular con heparina de bajo peso molecular (HBPM): 1 mg/kg peso antes de gestación⁸. (Si alergia o reacción adversa usar fondaparinux).
- El uso de fármacos en la gestante se suele orientar por la clasificación de la FDA (*U.S. Food and Drug Administration*) según su riesgo para el desarrollo embrionario/fetal. Hay que evaluar de forma individualizada y adecuada el beneficio materno/riesgo fetal¹⁰. Se pueden consultar los fármacos en: e-embarazo.org.

Resumen



RECORDAR QUE

- La disnea es el síntoma respiratorio más común de consulta en urgencias durante el embarazo.
- Es fundamental una historia clínica detallada y una exploración física minuciosa porque durante el embarazo se pueden producir disnea y alcalosis respiratoria compensada fisiológicas, pero también patología con alta mortalidad como el tromboembolismo pulmonar.
- En la primera mitad del embarazo, el diagnóstico diferencial es similar al de mujeres no gestantes. En el último trimestre y en el posparto, hay que valorar causas relacionadas con la gestación.
- Es deseable la valoración de la disnea de la gestante por especialistas con experiencia con estas pacientes y en colaboración con obstetricia.
- Hay que tratar la causa de la disnea como si se tratase de una paciente no gestante.
- Se debe administrar oxigenoterapia precoz para mantener una $\text{SatO}_2 >95\%$ ($\text{PaO}_2 \geq 70$ mmHg).
- Se debe utilizar la VMNI cuando esté indicada, ya que evita complicaciones de la IOT y el uso de sedorrelajantes, teniendo en cuenta que la IOT tiene una tasa de fallo 8 veces mayor en las gestantes.
- Valorar de forma individualizada y adecuada el beneficio materno/riesgo fetal del uso de fármacos en la gestante.



QUÉ NO HACER

- Valorar sistemáticamente la disnea de una paciente gestante como fisiológica, ya que hay causas potencialmente mortales y patologías previas que pueden descompensarse durante el embarazo y pasar inadvertidas realizando un diagnóstico tardío.
- No utilizar VMNI de forma precoz si está indicada.
- Mantener como objetivo de SO_2 adecuada la misma que en pacientes no gestantes.
- No utilizar de forma sistemática fármacos necesarios por el hecho de tratarse de una paciente gestante.

1. Meredith C, McCormack A, Robert W. Respiratory physiology in pregnancy. En: Bourjeily G., Rosene-Montella K. Pulmonary Problems in Pregnancy. New York; Humana Press. 2009 pp:19-26.
2. Weinberg SE. Maternal adaptations to pregnancy: Dyspnea and other physiologic respiratory changes. En: UpToDate, Lockwood CJ., Barnes PJ, (ed). (Internet). UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 24, 2023.) Disponible en: www.uptodate.com.
3. Reardon CC, Chen F. Acute respiratory failure during pregnancy and the peripartum period. En: UpToDate, Manaker S., Lockwood CJ, Hepner D.L. (ed). (Internet). UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 24, 2023.) Disponible en: www.uptodate.com.
4. Escribano AM, Briones MD, Villena MA. Síndrome de distrés respiratorio. En: García de Lucas. Manual de Patología médica y embarazo. Buenos Aires; 2012, Ed. Panamericana. pp:198-201.
5. Berghella V, Hughes BL. COVID 19: Overview of pregnancy issues. En: UpToDate, Lockwood CJ (ed). (Internet). UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 24, 2023). Disponible en: www.uptodate.com
6. Garg J, Palaniswamy C, Lanier GM. Peripartum cardiomyopathy: definition, incidence, etiopathogenesis, diagnosis, and management. *Cardiol Rev.* 2015; 23(2):69-78.
7. Hause AM, Avadhanula V, Maccato ML, et al. A Cross-sectional Surveillance Study of the Frequency and Etiology of Acute Respiratory Illness Among Pregnant Women. *J Infect Dis.* [Internet]. 2018; 218(4):528-535.
8. Malhotra A. Pulmonary embolism in pregnancy: Clinical presentation and diagnosis. En: UpToDate, Mandel J, Lockwood CJ, Muller NL, Douketis JD (Ed) [Internet]. UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 24, 2023.) Disponible en: www.uptodate.com.
9. Lobo JL, Alonso S, Arenas J, et al. Consenso multidisciplinar para el manejo de la embolia de pulmón. Material suplementario. *Arch Bronconeumol.* 2022;58(3):246-254.
10. Gallego Úbeda M, Delgado Téllez de Cepeda L, Campos Fernández de Sevilla M.^a de los A, et al. Actualización del uso de fármacos durante el embarazo: categorías de riesgo. *Farm Hosp.* [Internet]. 2014; 38(4): 364-378.