

Abordaje integral del paciente con asma por alergia al polen del olivo

Manuel Alcántara Villar (Coord.)



CAPÍTULO 16

¿Cómo manejamos el asma en la mujer embarazada?

Alfonso J. Miranda Páez

Facultativo Especialista de Área.

Servicio Alergología Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga.

1. Introducción

El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes y serias que pueden afectar a la mujer en edad fértil; según estudios puede afectar entre el 3,7 y 8,4% de todos los embarazos, y es probablemente el proceso que más frecuente ocasiona problemas médicos durante la misma.

Genera complicaciones en el 4% de los embarazos, siguiendo la regla general de que en los 2/3 de los casos la paciente asmática o sigue igual ,o incluso mejora del asma, pero en un tercio de los casos, empeora con el embarazo.

2. Interacciones entre asma y embarazo

El asma materna sobre todo si es grave o mal controlada, se asocia, es un riesgo importante para el embarazo habiéndose descrito en diversos estudios, complicaciones graves como preeclampsia,disminución de crecimiento fetal intrauterino, neonatos de bajo peso ,prematuridad, malformaciones congénitas, incluso muerte perinatal, con mayor frecuencia que en gestantes sin asma. Una baja función pulmonar materna predice un retraso en el crecimiento fetal uterino.

Hay una fuerte asociación de todos estos riesgos, con el pobre control del asma durante este periodo. En este sentido estudios recientes demuestran que las exacerbaciones del asma durante el primer trimestre aumentan considerablemente el riesgo de malformaciones congénitas.

Por otra parte como se ha comentado antes el embarazo puede afectar el curso de la enfermedad asmática, en el sentido de empeorar, o mejorarla, o en otros casos permanecer inalterada. Obviamente en la paciente asmática por alergia al polen de olivo, en los meses de gestación coincidentes con la polinización de este polen (de abril a junio) cabe esperar un empeoramiento del asma, que dependerá de los niveles de exposición .

En consecuencia mantener un adecuado control de la enfermedad es fundamental tanto para el estado de salud de la madre como del feto.

3. Diagnóstico

Normalmente el diagnóstico de asma suele ser anterior a la gestación, sin embargo a veces aparecen los síntomas asmáticos en ausencia de una previa historia clínica de asma, por lo que estudios diagnósticos siempre son necesarios.

El problema diagnóstico más común que podemos encontrar es las disnea del embarazo, pero no se suele acompañar de tos, sibilancias torácicas, opresión de tórax, ni desde luego obstrucción al flujo aéreo.

La tos puede aparecer por goteo nasal posterior, o reflujo gastroesofágico, y puede inducirnos a un falso diagnóstico de asma.

Unas pruebas funcionales respiratorias, demostrando una disminución de FEV1, o de la relación FEV1/FVC con un test broncodilatador, nos confirma el diagnóstico de asma en el embarazo. Un test de hiperreactividad bronquial con metacolina, para confirmar este trastorno fisiopatológico está contraindicado en el embarazo, por carencia de estudios de seguridad de esta prueba en embarazadas.

Si en la paciente asmática en gestación, no ha sido realizado previamente un estudio alergológico, habría que hacerlo, más fácilmente por determinación de IgE específica para una batería de aeroalergenos relevantes, que en el caso que nos ocupa debiera incluir pólenes de olivo, gramíneas, parietaria, ácaros del polvo, alternaria, y epitelios de perro y gato; la realización de test cutáneos siempre ha estado sometida a controversia por la posibilidad de reacciones sistémicas al testar alérgenos potentes, pero realmente hay una total ausencia de datos concretos al respecto, además con los extractos disponibles en la actualidad, perfectamente estandarizados, este supuesto no pasa de ser más que una precaución excesiva.

La espirometría (maniobra de Capacidad vital Forzada) es el método mejor de evaluar la función pulmonar, si bien una medición de Pico de Flujo no es una mala alternativa. En ambos métodos no hay cambios importantes en la paciente asmática entre estar o no embarazada.

4. Tratamiento del asma por alergia al polen de olivo en el embarazo

La paciente con asma por sensibilización al polen de olivo y en estado de gestación, durante la época de polinización de este polen debe procurar evitar en lo posible la exposición al mismo. Como sabemos los períodos de polinización de cada variedad de olivo, no son coincidentes en términos absolutos, aunque prácticamente entre primeros de abril y primeros de julio, están comprendidas todas. También sabemos

que en las hora de mayor insolación, las cantidades de polen son mayores. Manejando todos estos datos podemos ayudar a concretar una estrategia de prevención lo más acertada posible. El uso de mascarilla antialérgicas es una medida útil.

4.1. Medicación antiasmática y embarazo

En primer lugar hay que hacer algunas consideraciones generales sobre la medicación antiasmática y el embarazo. A este respecto la FDA (*Food and Drugs Administration*) establece 5 categorías, valorando la potencialidad de los fármacos para inducir teratogenicidad en animales y humanos:

- A) Los estudios en animales no demostraron teratogenicidad, y en embarazadas en estudios bien controlados tampoco, en consecuencia el beneficio del uso del fármaco, supera los riesgos.
- B) Con estudios negativos en animales, no hay estudios hechos en embarazados, o bien hubo teratogenicidad demostrada en animales, pero los estudios hechos en embarazadas fueron negativos, en ambos casos el beneficio de usar el fármaco puede superar los riesgos.
- C) Los estudios en animales o son positivos, o no se han hecho, y embarazadas no se han hecho, el beneficio de su uso puede superar los riesgos.
- D) Con estudios positivos o negativos en animales, hubo estudios o casos comunicados positivos en embarazadas, y el beneficio del fármaco puede superar los riesgos
- E) Con estudios positivos o negativos en animales, hubo estudios o casos comunicados de teratogenicidad, pero se considera que el uso del fármaco no supera los riesgos, y en consecuencia está contraindicado su uso.

La mayoría de la medicación antiasmática es de uso seguro durante la gestación, perteneciendo en su mayoría a las categorías B, o C.

Además de los medicamentos antiasmáticos reseñados, son utilizables con seguridad, Teofilinas, Cromonas, Broncodilatadores anticolinérgicos (Bromuro de Ipratropio). Recientemente también se considera seguro el Montelukast.

Como resumen de este apartado recordar que los medicamentos antiasmáticos de uso más extendido, y que se pueden emplear en embarazadas (de clasificación B ó C de la FDA) son estos:

- Broncodilatadores Estimulantes- β_2 adrenérgicos: Salbutamol (C), Terbutalina(B), Salmeterol(C), Formoterol(C), Adrenalina (no clasificado, teratogenicidad en algún caso en animales, y puede inhibir el parto)

- Corticoesteroides: Budesonida (B), Beclometasona(C), Fluticasona(C), Mometasona (C).
- Otros medicamentos: Montelukast (B), Teofilina(C), Ipratropio(C), Cromoglicato (no clasificado, pero usado sin problemas)), Nedocromil (B).

4.2. Manejo terapéutico de la Asmática Embarazada

En la Tabla 1 podemos apreciar distintas variables para evaluar el control del asma en la paciente embarazada.

*Tabla-1. Manejo del Control del Asma en la mujer embarazada
Datos del NAEPP(National Asthma Education and Prevention Program)*

	Bien controlada	No bien controlada	Pobre control
Frecuencia de síntomas	< 2 días/semana	>2 días /semana	diarios
Frecuencia de síntomas nocturnos	<2 veces/mes	1-2/semana	>4/semana
Interferencia actividad normal	ninguna	alguna	mucha
Uso de SABA	< 2 días /semana	>2 días /semana	varias veces diarias
FEV1 o PF %	>80	60-80	<60
Exacerbaciones que requieren uso CS sistémicos	0-1 en los últimos 12 meses	≥ 2 en los últimos 12 meses	≥ 2 en los últimos 12 meses

La medicación más segura para controlar la sintomatología asmática en la embarazada a largo plazo son los CSI y los Broncodilatadores B2 de larga acción (LABA), y como medicación de rescate los B2 de corta acción (SABA).

El uso de LABA se considera más eficaz que Teofilinas, o Montelukast, más aun si se añaden CSI, siendo extrapolables los resultados en embarazadas a asmáticas no gestantes. Hay muchos estudios que demuestran que ni B2 ni CSI aumentan los riesgos perinatales de prematuridad, bajo peso del neonato, preeclampsia o malformaciones fetales.

Por su extendido uso, Beclometasona salbutamol y Budesonida se consideran muy seguros. En un estudio que compara el riesgo de mortalidad perinatal en una cohorte de 4140 asmáticas embarazadas tratadas hasta 250 mcg CSI, y 1140 con

más de 250 mcg, con otra cohorte de 7724 no expuestas a CSI, la diferencia fue no significativa.

El uso de corticosteroides orales en embarazadas asmáticas si se ha asociado a aumento de riesgos de preeclampsia, prematuridad, y bajo peso en neonato.

Tabla 2. Escalones de terapia antiastmática durante el embarazo (National Asthma Education and Prevention Program)

	Medicación de Control preferida	Medicación de Control alternativa
1	Nada	
2	CSI baja dosis	Montelukast, Cromoglicato
3	CSI dosis media	Baja dosis CSI+LABA
4	CSI dosis media + LABA	Teofilina o Montelukast
5	Altas dosis CSI + LABA	Dosis media CSI + Montelukast o Teofilina
6	Altas dosis CSI + LABA + prednisona oral	- -

Como protocolo de tratamiento farmacológico en una crisis asmática de una paciente gestante se puede sugerir los siguientes pasos:

1. Oxigenoterapia gafas nasales y β -adrenérgico en aerosol (salbutamol, terbutalina), hasta 3 dosis en la primera hora, añadiendo si fuese necesario Bromuro de Ipatropio.
2. Metil-prednisolona 1 mgr/kilo de peso vía I.V., cada 6 horas.
3. Considerar Aminofilina en perfusión (6 mgr/ kilo de peso como dosis inicial en los primero 20-30 minutos , para seguir con una perfusión de 0,5 mgr/kilo/ hora
4. Valorar Salbutamol o Terbutalina subcutáneas (1/2 o 1 ampolla), o si la gravedad lo requiere en perfusion I.V. (salbutamol 1 ampolla diluida en 250 c.c. Fisiológico en una o dos horas, monitorizando la frecuencia cardiaca, para seguir con mantención de una ampolla cada 4 horas en perfusión)

5. Bibliografía recomendada

- 1) SCHATZ, M. (2009). «Asthma and allergy diseases during pregnancy, En NF Adkinson Jr., B Bochner F, W Busse, S Holgate, R Lemanske Jr, F E Simons (editores). *Middleton's Allergy Principles and Practice, 7th Edition*. Mosby Elsevier, pp. 951-969.
- 2) KWON, R. (2006). «The epidemiology of asthma during pregnancy. Prevalence, diagnosis and symptoms», *Immunol Allergy Clin N Am* 26, pp. 29-62.
- 3) National Asthma Education and Prevention Program Asthma and Pregnancy Working Group, National Heart, Lung and Blood Institute. NAEPP expert panel report. (2005). «Managing asthma during pregnancy: recomendations for pharmacologic treatment- 2004 Update», *J Allergy Clin Immunol* 115, pp. 34-46.
- 4) BLAIS, L. (2008). «Astma exacerbations during the first trimester of pregnancy, and the risk of congenital malformations among asthmatics women», *J Allergy Clin Immunol* 121, pp. 1379-84.
- 5) BAKHIREVA, L. (2005). «Asthma medication use in pregnancy and fetal growth, *J Allergy Clin immunol* 116, pp. 503-9.
- 6) SCHATZ, M. (2004). «The relationship of asthma medication use to perinatal outcome», *J Allergy Clin Immunol* 13, pp.1040-1045.
- 7) SCHATZ, M. (2009). «Asthma in pregnancy», *N Engl J Med* 360, pp.1862-1869.