

Embarazo y enfermedad reumática



**AMERICAN COLLEGE
OF RHEUMATOLOGY**
EDUCATION • TREATMENT • RESEARCH

Embarazo y enfermedad reumática

Las enfermedades reumáticas afectan a menudo a mujeres en edad reproductiva, cuando el embarazo es un evento esperado. Durante años, se ha aconsejado a mujeres con enfermedades sistémicas autoinmunes potencialmente graves el no quedar embarazadas. Ahora sabemos que, con un cuidadoso control médico y obstétrico, la mayoría de estas mujeres pueden tener embarazos exitosos. Éxito, sin embargo, no significa sin incidentes. Los médicos y pacientes deben estar preparados para manejar las posibles complicaciones, tanto para la madre como para el niño. Además, las mujeres deben considerar no embarazarse hasta que su enfermedad reumática esté bajo control.

Datos básicos

- Las enfermedades que pueden afectar a los riñones, especialmente el lupus y el síndrome antifosfolípido (SAF), tienen más probabilidades de afectar el resultado del embarazo que otras.
 - La enfermedad reumática de cada mujer debe estar bien controlada durante un período mínimo de 3 a 6 meses antes de intentar quedarse embarazada. Mientras sus medicamentos no sean perjudiciales para el feto, deberá seguir con su tratamiento para evitar que brote la enfermedad. Deberá consultar previamente con su reumatólogo cualquier tipo de cambio.
 - Las mujeres con un perfil de bajo riesgo pueden ser tratadas con las visitas habituales al reumatólogo como medida de precaución. Las personas con un perfil de alto riesgo deberán ser tratadas tanto por el reumatólogo como por el equipo obstétrico con experiencia en embarazos de alto riesgo.
-

¿Cuáles son los efectos del embarazo en la enfermedad reumática?

Los efectos del embarazo en las enfermedades reumáticas varían según la condición. Generalmente, la **Artritis Reumatoide (AR)**, el **Lupus Eritematoso Sistémico (LES)** y el **Síndrome Antifosfolípido (SAF)** son modificados por el embarazo. Por ejemplo, los síntomas de la AR suelen mejorar en pacientes embarazadas, lo que frecuentemente da como resultado una menor necesidad de medicamentos, pero estos pueden aparecer después del parto.

La relación entre la actividad del Lupus y el embarazo está más debatida. En general, hay una tendencia de erupciones leves a moderadas, especialmente durante la segunda mitad del embarazo y el período postparto. Sin embargo, la mayoría de estas erupciones no ponen en peligro la vida de la madre ni la del bebé, ni alteran sustancialmente el pronóstico a largo plazo del lupus. El estar en remisión clínica durante 3-6 meses antes de la concepción, disminuye la posibilidad de erupciones durante el embarazo.

El Síndrome Antifosfolípido (SAF) aumenta el riesgo de coágulos en venas y arterias, así como complicaciones tales como aborto involuntario, prematuridad o hipertensión (presión arterial alta) durante el embarazo. Los pacientes con enfermedad renal tienen la posibilidad de presentar preeclampsia también. La preeclampsia y la eclampsia son condiciones que pueden dañar los riñones y el hígado de la madre. También aumentan el riesgo de prematuridad o muerte del feto. Por lo tanto, el embarazo, especialmente cerca de su término, es un período particularmente peligroso para las mujeres con SAF y exige un cuidado especial.

La hipertensión pulmonar es un tipo de presión arterial alta que afecta las arterias en los pulmones y en el corazón. Algunas veces provoca complicaciones en las enfermedades reumáticas como lupus, SAF, **Síndrome de Sjögren** y **esclerodermia**. Ya que la hipertensión pulmonar frecuentemente empeora durante el embarazo —especialmente en el período postparto, no se considera aconsejable para las mujeres que padecen esta enfermedad embarazarse.

Otras enfermedades como la polimiositis, dermatomiositis y **vasculitis** no parecen estar influenciadas por el embarazo. Mientras el paciente no tenga hipertensión pulmonar o fibrosis pulmonar, la esclerodermia tampoco parece verse afectada por el embarazo. Sin embargo, se recomienda que las pacientes consideren embarazarse solo cuando estas enfermedades estén bajo control y bajo el cuidado de su reumatólogo.

¿Cuáles son los efectos de la enfermedad reumática en el embarazo?

Durante el embarazo, cuando los efectos de la inflamación al presentarse un cuadro reumatoide y los medicamentos para control de esta causan problemas. Las enfermedades con potencial para afectar el riñón y, sobre todo, la SAF tienen más probabilidades de afectar el resultado del embarazo que otras.

Las pacientes que tienen o han tenido una enfermedad renal, debido a vasculitis, esclerodermia o lupus, tienen en general un mayor riesgo de hipertensión y preeclampsia. Si la función renal y la presión arterial antes del embarazo son normales y si la enfermedad está inactiva en el momento de la concepción y durante un período de al menos seis meses, es probable que el producto se encuentre buen estado. Mujeres con función renal altamente deteriorada, hipertensión no controlada (presión arterial elevada) y/o erupciones por enfermedad reumática, se les aconseja no embarazarse. Las enfermedades reumáticas a menudo afectan a mujeres en edad reproductiva, cuando el embarazo es un evento esperado.

El SAF probablemente tiene el mayor impacto en el embarazo. Se relaciona con aborto involuntario temprano y tardío, prematuridad y bebés con bajo peso, así como trombosis (condición donde se forman coágulos en los vasos sanguíneos) y preeclampsia. Por lo tanto, el embarazo en mujeres con SAF debe ser siempre considerado como de alto riesgo y requiere estrecha vigilancia médica y obstétrica. El tratamiento se basa en dosis bajas de aspirina y heparina.

Finalmente, una rara condición llamada bloqueo cardíaco congénito puede presentarse en el 2 por ciento de los niños nacidos de madres con anticuerpos anti-Ro (más frecuente en pacientes con Lupus y Síndrome de Sjögren). Los anticuerpos anti-Ro pueden ingresar al sistema circulatorio del feto y producir alteraciones en el corazón del bebé, lo que

puede causar un bajo ritmo cardíaco. Estos bebés pueden necesitar un marcapasos permanente. Por lo tanto, las mujeres con anticuerpos anti-Ro también deben estar en observación y se deben realizar periódicamente electrocardiogramas del feto durante el embarazo.

Uso de fármacos reumáticos durante el embarazo y la lactancia

Durante el embarazo, los efectos de la inflamación y la activación de la enfermedad reumática, así como los medicamentos para controlarla pueden causar problemas. La información relativa a la seguridad de muchos fármacos en mujeres embarazadas está incompleta y es difícil de obtener. Basándose en la información disponible, la mayoría de los reumatólogos recomiendan generalmente los siguientes:

Tabla 1: Medicamentos aceptables durante el embarazo y la lactancia		
	Embarazo	Lactancia
AINE	Sí (evitar después de 32 semanas)	Sí
Sulfasalazina	Sí	Sí
Antimaláricos	Sí	Sí
Corticosteroides	Sí	Sí
Ciclosporina	Sí	probablemente sí
Azatioprina	Sí	probablemente sí
Micofenolato	No	No
Metotrexato	No	No
Ciclofosfamida	Sí	No
Factor de necrosis antitumoral (TNF)	Sí	Sí

Tabla 1: Medicamentos aceptables durante el embarazo y la lactancia		
	Embarazo	Lactancia
Rituximab	No	No
Warfarina	No (con cuidado, solo después del primer trimestre)	Sí
Heparina	Sí	Sí

Esta lista debe considerarse solo como una guía general y no puede aplicarse en todas las situaciones. Las mujeres que estén embarazadas o considerando el embarazo deben platicar con su reumatólogo y obstetra acerca de sus medicamentos. Muchas mujeres prefieren no tomar medicamentos durante el embarazo y la lactancia. Sin embargo, las consecuencias de no tomar medicamentos y el riesgo de un brote de la enfermedad reumática son consideraciones importantes que deberían ser discutidas tanto con el reumatólogo como con el obstetra.

Varios fármacos (particularmente **metotrexato** y **ciclofosfamida**) tienen efectos sobre las células del espermatozoides. Se recomienda que estos medicamentos se suspendan durante los 3 meses previos a que un hombre engendre un hijo.

Manejo del embarazo en mujeres con enfermedades reumáticas

Todas las mujeres con enfermedades reumáticas deben recibir asesoramiento antes de la concepción debido a su riesgo específico si están pensando en tener un bebé. Durante esa conversación con su médico, usted puede hacerle saber sus preocupaciones específicas sobre el embarazo y las posibles complicaciones que puedan presentarse.

A continuación se muestran algunas características que hacen de un embarazo un embarazo de "alto riesgo".

- Embarazo anterior con complicaciones
- Enfermedad renal subyacente
- Enfermedad cardíaca subyacente
- Enfermedades pulmonares subyacentes (incluyendo hipertensión pulmonar)
- Brote de enfermedad reumática
- Historial de coágulo sanguíneo previo
- Presencia de anticuerpos SSA y SSB
- FIV (fertilización in vitro)
- Embarazo de mellizos, trillizos, etc.
- Edad materna mayor a 40 años

La enfermedad reumática de cada mujer debe estar bajo control por un período de al menos 3 a 6 meses antes de intentar embarazarse. Siempre y cuando sus medicamentos no sean perjudiciales para el feto, usted debe seguir tomándolos para evitar el riesgo de un brote de la enfermedad. Debe utilizarse prednisona en dosis inferiores a 10 mg/día siempre que sea posible, debido al riesgo de complicaciones asociadas, como presión arterial alta, diabetes,

aumento excesivo de peso, riesgo de infecciones y ruptura prematura de membranas. La **hidroxicloroquina** es un fármaco muy seguro tanto para la madre como para el feto y no debe ser suspendido antes, durante, ni después del embarazo. La presión arterial alta se debe controlar usando medicamentos que sean seguros durante el embarazo. El captopril y enalapril son fármacos seguros durante la lactancia.

Las mujeres con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) deben recibir dosis bajas de aspirina, con o sin heparina, dependiendo de su historia clínica. En algunas mujeres con SAF o antecedentes de coágulos sanguíneos, se recomienda el uso de heparina durante 4-6 semanas después del parto para prevenirlos. Aquellas con coágulos sanguíneos previos deben volver a tomar warfarina tan pronto como sea posible después del parto, ya que este fármaco es seguro durante la lactancia (Tabla 1).

Las mujeres con un perfil de bajo riesgo deben incluir en su plan de tratamiento habitual visitas trimestrales regulares al reumatólogo, como medida de precaución. Sin embargo, aquellas con un perfil de alto riesgo deben ser controladas por un equipo médico y obstétrico combinado, con experiencia en embarazos de alto riesgo. A medida que avanza el embarazo las visitas deben ser más frecuentes (semanales durante el último tercer trimestre), y monitorear I del feto y de la madre. Se deben realizar con frecuencia exámenes para medir la presión arterial y análisis de orina con el propósito de detectar y tratar en sus etapas iniciales la preeclampsia.

Revisado en marzo de 2014. Escrito por Guillermo Ruiz-Irastorza, doctor en Medicina, Doctorado, y Munther A. Khamashta, doctor en Medicina, Miembro del Colegio Real de Médicos, Doctorado, y revisado por la Comisión de Comunicaciones y Marketing del Colegio Estadounidense de Reumatología. Esta información se brinda solo para la educación general. Las personas deben consultar a un médico calificado para obtener asesoramiento profesional, diagnóstico y tratamiento de una afección médica o de la salud.

© 2014 American College of Rheumatology

www.thelupusinitiative.org