

Revisión bibliográfica

Lupus eritematoso sistémico y embarazo: revisión bibliográfica

*Systemic lupus erythematosus and pregnancy: bibliographical review*Sara López-Jiménez¹, Ismael Noguera-Sánchez², Rocío Ruiz-Fernández³

¹Matrona. Hospital Doctor José Molina Orosa. Lanzarote (Las Palmas de Gran Canaria). ²Matrón. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ³Matrona. Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña. Fuerteventura (Las Palmas de Gran Canaria)

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de esta revisión es conocer los aspectos más relevantes para una adecuada planificación pregestacional, el seguimiento del embarazo y el posparto en las mujeres con lupus eritematoso sistémico.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Plus, Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, Uptodate y Cuiden. También fueron consultadas las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud, así como la página de la Federación Española de Lupus.

Resultados: En el pasado, no se recomendaba a las mujeres con LES quedarse embarazadas por temor a las complicaciones. Actualmente, se ha logrado mejorar la frecuencia de embarazos exitosos, aun así la actividad del LES durante el embarazo es un tema controvertido. Entre las principales complicaciones encontramos: preeclampsia, nefritis lúpica, síndrome antifosfolípidos y lupus neonatal entre otras.

Conclusiones: La planificación, consulta preconcepcional y seguimiento multidisciplinar adquieren gran relevancia ya que determinan el curso y pronóstico del embarazo. Así, la complicación más frecuente es la preeclampsia y la que conlleva mayores tasas de complicaciones materno-fetales es la nefritis lúpica, llegando a ser la diferenciación entre ambas un gran desafío.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Lupus eritematoso sistémico, embarazo, puerperio.

ABSTRACT

Objective: The aim of this review is to know the most relevant aspects of adequating pregestational planning, pregnancy and postpartum follow-up in women with systemic lupus erythematosus.

Methodology: A literature search was undertaken in the following databases: PubMed, Cochrane Plus, WHO Reproductive Health Library, Uptodate and Cuiden. Besides, the clinical practice guidelines of the National Health System were reviewed as well as the Spanish Lupus Federation website.

Results: In the past, women with SLE were not advised to become pregnant for fear of complications. Currently, it has been possible to improve the frequency of successful pregnancies, even though the activity of SLE during pregnancy is a controversial issue. Among the main complications are: preeclampsia, lupus nephritis, antiphospholipid syndrome and neonatal lupus among others.

Conclusions: The planning, preconception consultation and multidisciplinary follow-up acquires great relevance since it determines the course and prognosis of pregnancy. Thus, the most frequent complication is preeclampsia and the one with the highest rates of maternal-fetal complications is lupus nephritis, becoming the differentiation between the two a great challenge.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, pregnancy, postpartum period.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune heterogénea de causa desconocida, que puede afectar prácticamente a todos los órganos. El curso clínico del LES es muy variable entre los pacientes, y puede caracterizarse por periodos de remisiones y recaídas crónicas o agudas^{1,2}. Entre los síntomas más comunes destacan los siguientes^{1,2}:

- Síntomas constitucionales. La fatiga, la fiebre y la pérdida de peso están presentes en la mayoría de los pacientes en algún momento durante el curso de la enfermedad.
- Artritis y artralgias. Ocurren en más del 90% de los pacientes y son a menudo una de las primeras manifestaciones.
- Lesiones en la piel y las membranas mucosas (úlceras orales o nasales generalmente indoloras). La fotosensibilidad también es común.

Fecha de recepción: 27/03/2019. Fecha de aceptación: 10/10/2019.

Correspondencia: S. López-Jiménez.
Hospital Doctor José Molina Orosa. Lanzarote (Las Palmas de Gran Canaria).
Correo electrónico: sara_jmz7@hotmail.com

López-Jiménez S, Noguera-Sánchez I, Ruiz-Fernández R. Lupus eritematoso sistémico y embarazo: revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2019/2020; 20(4)/21(1): e10-e15

- Anomalías vasculares: fenómeno de Raynaud (hasta en el 50% de los casos), vasculitis (la más frecuente es la cutánea, que puede cursar con púrpura palpable o petequias) y enfermedad tromboembólica, entre otras.
- La afectación renal aparece en el 50% de los pacientes y es una causa importante de morbilidad.
- Afectación neuropsiquiátrica: disfunción cognitiva, síndromes cerebrales orgánicos, delirio, psicosis, convulsiones, cefalea o neuropatías periféricas.
- La leucopenia es común y ocurre aproximadamente en el 50% de los casos. La trombocitopenia leve también es una anomalía hematológica común.

El lupus es una de las enfermedades autoinmunes más frecuentes. En nuestro país, su prevalencia se ha estimado en 9 por cada 10.000 habitantes, según el estudio poblacional EPISER².

Es una enfermedad que afecta fundamentalmente a mujeres en edad fértil^{2,3}, principalmente entre los 15 y los 55 años⁴. La fertilidad en dichas pacientes no parece estar alterada por la enfermedad en sí misma, pero sí puede existir una disminución en la reserva ovárica en función del tratamiento, especialmente el realizado con ciclofosfamida³.

Sin embargo, tanto la enfermedad como algunos de los fármacos utilizados para su manejo son un factor de riesgo para determinadas complicaciones durante la gestación, como abortos de repetición, retraso del crecimiento, prematuridad o preeclampsia^{2,3}. La gestación en sí supone un riesgo de exacerbación de la enfermedad, lo cual, junto con un elevado número de complicaciones médicas y obstétricas que pueden aparecer, pone de manifiesto la importancia de una adecuada planificación y manejo del embarazo de manera multidisciplinaria, pues se ha demostrado que aumenta muy significativamente las probabilidades de éxito^{2,3}.

Ante lo significativo de estos datos, es importante realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer los aspectos más relevantes para una adecuada planificación pregestacional, el seguimiento del embarazo y el parto.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Plus, Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, Uptodate y Cuiden. También fueron consultadas las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud, así como la página de la Federación Española de Lupus (FELUPUS).

La búsqueda se limitó al periodo 2011-2018, incluyéndose sólo artículos en castellano e inglés. Las palabras clave utilizadas fueron: «lupus» (*lupus*), «embarazo» (*pregnancy*), «periodo posparto» (*postpartum period*) y «puerperio». La estrategia de búsqueda se basó en combinar los términos elegidos con los operadores booleanos «AND» y «OR». Se excluyeron todos los artículos que no tuvieran resumen ni acceso libre al texto completo.

Se encontró un total de 220 artículos con los criterios establecidos, de los cuales, tras la lectura del resumen, se seleccionaron 18. Después de llevar a cabo una lectura crítica de los mismos mediante la ficha de lectura Caspe, se seleccionaron 10 publicaciones, entre las cuales se encuentran 1 en revisión sistemática, 1 en estudio de cohorte y 8 en revisiones bibliográficas. También se ha hecho uso de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Lupus Eritematoso Sistémico del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de la página oficial de la FELUPUS.

RESULTADOS

Los resultados se han organizado según los siguientes contenidos: consulta preconcepcional, seguimiento del embarazo, trabajo de parto y puerperio.

Consulta preconcepcional

En el pasado, no se recomendaba a las mujeres con LES quedarse embarazadas por temor a que presentaran complicaciones graves tanto para ellas como para el feto. Sin embargo, con los años, gracias a un mayor conocimiento de la enfermedad y a la atención multidisciplinaria, se ha logrado mejorar significativamente la frecuencia de embarazos exitosos, con una disminución en la tasa de pérdidas⁵. En Estados Unidos se realizó un estudio prospectivo, con una muestra de 385 gestantes, que investigó el embarazo en pacientes con LES. En él se concluyó que en pacientes con actividad leve/moderada inactiva o estable, el embarazo es más seguro para la madre y el niño de lo que se consideró en el pasado, con buenos resultados en el 81% de los pacientes⁶.

Así, para mejorar los resultados del embarazo en pacientes con LES, éste debe estar bien planificado. Una evaluación previa a la concepción es esencial para determinar si el embarazo puede presentar un riesgo materno o fetal elevado, iniciar intervenciones para optimizar la actividad de la enfermedad y ajustar los medicamentos a los menos nocivos para el feto^{2,3,5,7,8}.

En primer lugar, hay que evaluar la actividad de la enfermedad actual y de los últimos años y la participación de órganos importantes, así como la hipercoagulabilidad o los trastornos médicos concurrentes que pueden afectar al embarazo. Se deben revisar los resultados

obstétricos previos, prestando especial atención a los antecedentes de fetos pequeños para la edad gestacional, preeclampsia, muerte fetal intrauterina, abortos espontáneos y nacimientos prematuros. Lo ideal es que la enfermedad permanezca inactiva durante 6 meses antes de la concepción. El LES activo en el momento de la concepción es un fuerte predictor de resultados adversos maternos y obstétricos^{2,3,5,7-10}.

A los pacientes con evidencia de LES activo, especialmente con nefritis lúpica, se les debe recomendar que pospongan el embarazo hasta que la enfermedad esté bien controlada durante, al menos, 6 meses. Los accidentes cerebrovasculares recientes, la afectación cardíaca, la hipertensión pulmonar, la enfermedad pulmonar intersticial grave y la insuficiencia renal avanzada pueden ser peligrosas tanto para la madre como para el feto. Las mujeres con éstas u otras afecciones médicas preocupantes deben ser asesoradas cuidadosamente por un especialista en medicina materno-fetal en cuanto a su perfil de riesgo individual, con una discusión clara de los riesgos de morbilidad, tanto para la madre como para el feto, asociados al embarazo^{2,3,5,7-9}.

También hay que evaluar el estado específico de anticuerpos maternos asociados a una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones, como anticuerpos anti-fosfolípidos (aFL) y anticuerpos contra Ro/La. Los aFL pueden aumentar los riesgos obstétricos, como la pérdida recurrente de embarazos, la muerte fetal intrauterina y la preeclampsia, mientras que los anticuerpos contra Ro/La predisponen al lupus neonatal^{2,3,5,8-10}.

Por otra parte, los medicamentos deben revisarse y ajustarse antes de la concepción con el objetivo de mantener el control de la enfermedad con los de mejor perfil de seguridad para el embarazo^{3,7}:

- Recomendados durante el embarazo:
 - La hidroxycloquina (HCQ), antipalúdico. La GPC del SNS aconseja mantener la HCQ durante el embarazo².
 - Varios estudios han demostrado menos brotes de la enfermedad y mejores resultados en pacientes que continúan tomando HCQ durante el embarazo^{3,5,7,9-12}.
 - Ácido acetilsalicílico (AAS). Se aconseja iniciar una dosis baja de AAS en todas las mujeres con LES, desde aproximadamente las 12 semanas de gestación, para reducir el riesgo de preeclampsia y sus secuelas, independientemente de la presencia de aFL^{2,3,7,10,13}.
- Uso selectivo permitido durante el embarazo. Los siguientes medicamentos tienen un perfil de seguridad razonable durante el embarazo, pero se aplican ciertas limitaciones a su uso³:

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Su uso puede impedir la ovulación o la implantación y es mejor evitarlo antes de la concepción^{3,9}. Después del primer trimestre, los AINE pueden usarse hasta las 32 semanas de gestación (tras la semana 32 puede causar el cierre prematuro del *ductus* arterioso y otras complicaciones)^{3,7,9-11}.
- Glucocorticoides (antiinflamatorio e inmunosupresor). Se sugiere el uso de la dosis más baja posible de prednisona³. La betametasona y la dexametasona atraviesan la placenta fácilmente; la prednisolona y la hidrocortisona la cruzan peor^{9,10}.
- Azatioprina (inmunosupresor). Es segura durante el embarazo en dosis mínimas efectivas^{3,9-11}. Se aconseja la transición a este inmunosupresor para las pacientes que desean concebir^{7,11}.
- Ciclosporina (inmunosupresor). Su uso durante la gestación debe limitarse a cuando el beneficio materno supere el riesgo fetal. Cruza la barrera hemato-placentaria^{3,9,10}.
- Tacrolimús. No se ha encontrado una relación causal entre su uso y los defectos congénitos^{3,10}.
- Medicamentos antihipertensivos. Metildopa, labetalol, nifedipino e hidralazina son los antihipertensivos más comúnmente utilizados en el embarazo. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de los receptores de angiotensina II están contraindicados en la gestación^{3,5,7}.
- Uso selectivo con precaución en el embarazo. Medicamentos biológicos³: su uso en el tercer trimestre debe ser advertido, pues atraviesan fácilmente la placenta⁷.
- Contraindicados en el embarazo. Deben suprimirse 3-6 meses antes del embarazo^{5,8}:
 - Ciclofosfamida (inmunosupresor). Se asocia con malformaciones congénitas (o fetales)^{3,5,7,9,10,13} y debe evitarse durante las primeras 10 semanas de gestación, cuando el feto es más susceptible a los teratógenos^{3,8,10}. Sin embargo, en situaciones clínicas de riesgo vital, este medicamento se ha usado al final del embarazo^{3,10}.
 - Micofenolato mofetil (inmunosupresor). Se han notificado anomalías congénitas con su uso^{3,5,7-11}.
 - Metotrexato. Es teratógeno y no debe usarse durante el embarazo^{3,5,7-9,11}. Si ha tomado metotrexato en los 3 meses previos, se le debe recetar una dosis alta (5 mg) de ácido fólico¹⁰.
 - Leflunomida (inmunosupresor). El embarazo debe aplazarse durante 2 años después de suspender la administración de leflunomida (o se debe utilizar un procedimiento de lavado), ya que este medicamento puede permanecer detectable en el suero hasta un periodo de 2 años^{3,11}.

Seguimiento del embarazo

La actividad del LES durante el embarazo es un tema controvertido^{3,5,7,11}. Distintos autores argumentan que, en pacientes con una situación estable en el momento de la concepción, la actividad de la enfermedad generalmente no empeora^{7,9,11}.

Sin embargo, hay factores asociados a un mayor riesgo de brote de LES durante el embarazo, como una enfermedad activa durante los 6 meses previos a la concepción, un historial de nefritis lúpica, la interrupción de la HCQ y ser primigrávida^{3,7}. En la mayoría de los casos la actividad lúpica en el embarazo no es grave, y los síntomas más frecuentes son constitucionales, cutáneos y articulares^{5,10}. Un aumento en los títulos de anticuerpos anti-dsDNA es sugestivo de una actividad lúpica, especialmente renal⁵.

El diagnóstico de exacerbación del LES durante el embarazo es un desafío, ya que los cambios fisiológicos y las complicaciones obstétricas pueden simular los síntomas del LES. Por ejemplo, la trombocitopenia leve, la anemia, la artralgia, el edema, la disnea leve y el derrame articular en las rodillas son observaciones frecuentes durante el embarazo que pueden confundirse con los primeros signos del brote^{3,7,10,13}.

El embarazo en el contexto del LES se asocia a un mayor riesgo de complicaciones en comparación con las mujeres sanas, como parto prematuro, cesárea no planificada, restricción del crecimiento fetal, preeclampsia y eclampsia. Las pacientes con LES también tienen un riesgo significativamente mayor de trombosis, infección y trombocitopenia^{3,5,7,9,13}.

Se han identificado varios factores predictivos de resultados adversos del embarazo en mujeres con LES, que incluyen una enfermedad activa, el uso de antihipertensivos, la nefritis lúpica previa, la presencia de aFL y la trombocitopenia^{3,11}.

Complicaciones

- **Preeclampsia.** Es una de las complicaciones más frecuentes y se produce en entre el 16 y el 30% de las mujeres con LES, en comparación con el 4,6% de los embarazos en la población general^{3,5,10}. Los factores de riesgo adicionales para la preeclampsia, que son específicos de las gestantes con LES, incluyen un historial activo o previo de nefritis lúpica, disminución de los niveles de complemento y trombocitopenia. Los datos sobre si los aFL predisponen a la preeclampsia no están claros, aunque algunos estudios sugieren una asociación³.

Se ha demostrado que una dosis baja de aspirina reduce el riesgo de enfermedad en un 24% cuando se inicia entre las 12 y 16 semanas de gestación^{3,5}.

- **Nefritis lúpica.** Conlleva mayores tasas de complicaciones maternas y fetales^{3,7,11}. La nefritis lúpica en el embarazo debe tratarse con precaución, ya que puede conducir a una lesión renal irreversible^{7,11}.

La diferenciación entre la preeclampsia y la nefritis lúpica o brote de lupus puede ser un desafío^{3,5,7,10,11}. Las erupciones por nefritis lúpica durante el embarazo pueden simular preeclampsia, presentándose con aumento de proteinuria, hipertensión, trombocitopenia y un deterioro de la función renal^{3,5,7,11}. La nefritis lúpica activa y la preeclampsia también pueden ocurrir al mismo tiempo^{3,7}. La evidencia de actividad lúpica en otros órganos a veces puede ayudar a distinguir el LES de la preeclampsia. También la biopsia renal podría ayudar a diferenciarlas, pero el mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo limita su uso^{3,9,11}.

- **Presencia de aFL y síndrome antifosfolípidos (SAF).** Los aFL están presentes en alrededor de un cuarto o la mitad de las pacientes con LES; sin embargo, pocas pacientes desarrollan complicaciones trombóticas u obstétricas relacionadas con SAF³. El SAF es un trastorno autoinmune sistémico caracterizado por trombosis venosa o arterial o pérdida del embarazo en presencia de aFL persistentes^{7,13,14}.

Su diagnóstico consiste en la presencia de autoanticuerpos específicos y manifestaciones clínicas. Una de las principales manifestaciones clínicas del SAF son los resultados obstétricos adversos: ≥ 3 abortos espontáneos consecutivos antes de las 10 semanas de gestación, ≥ 1 pérdidas fetales inexplicables más allá de las 10 semanas de gestación, o ≥ 1 nacimientos prematuros de un neonato morfológicamente normal antes de las 34 semanas de gestación debido a eclampsia o preeclampsia^{7,13}.

Se sugiere que las pacientes con SAF e historia de muerte fetal (>10 semanas) o preeclampsia grave con insuficiencia placentaria sean tratadas con AAS y heparina en dosis profilácticas durante el embarazo^{2,13,15}.

- **Lupus neonatal.** Es una enfermedad autoinmune transferida pasivamente, presente en algunos bebés nacidos de madres con anticuerpos anti-Ro/SSA o anti-LA/SSB, que pueden o no tener el diagnóstico de LES o síndrome de Sjögren^{3,10}. Se cree que se debe a la transferencia transplacentaria de dichos autoanticuerpos al recién nacido^{7,11}.

Las principales manifestaciones son cutáneas o cardíacas, pero pueden aparecer anomalías hematológicas y hepáticas^{3,7,10,11}.

La afectación cutánea se observa típicamente como múltiples máculas eritematosas o placas alrededor de la cabeza y el cuello al nacer hasta las 20 semanas

de edad. La edad promedio de detección de la erupción es de 6 semanas^{7,9,10}. Por lo general, es autolimitada, y va desapareciendo a medida que se eliminan los anticuerpos circulantes, pero algunos recién nacidos pueden tener telangiectasia residual e hiperpigmentación en el área afectada^{7,11}.

De las manifestaciones cardíacas, el bloqueo cardíaco congénito suele aparecer entre las 18 y las 24 semanas de gestación. No existe una intervención terapéutica probada para prevenir su progresión, pero la detección temprana permite una mayor vigilancia^{3,7,11}. De manera preventiva, el uso de HCQ durante el embarazo se ha asociado con tasas reducidas de bloqueo cardíaco congénito^{3,11}.

Para mejorar los resultados en fetos/recién nacidos diagnosticados de bloqueo cardíaco, se necesita establecer una estrecha vigilancia durante el embarazo y después del parto, ya que un bloqueo cardíaco de primer o segundo grado puede progresar hasta uno de tercer grado, lo que requeriría la implantación de un marcapasos³. La complicación más grave es el bloqueo cardíaco completo congénito, que ocurre en aproximadamente el 2% de los casos^{3,9-11}. Se ha descrito una mortalidad del 16-17,5% y se requiere la implantación de marcapasos en el 70% de los pacientes a la edad de 10 años^{7,11}.

- Parto prematuro. Es la complicación obstétrica más común en mujeres con LES. La presencia de nefritis lúpica y la enfermedad activa son los mejores predictores³.
- Pérdida fetal. Históricamente, se han observado tasas significativamente elevadas de pérdida precoz y tardía del embarazo en mujeres con LES. Las mujeres con LES tienen un mayor riesgo de muerte fetal más allá de las 10 semanas, particularmente en presencia de LES activo, nefritis lúpica y SAF³.
- Restricción del crecimiento fetal. Al igual que con las otras complicaciones, el riesgo es mayor en presencia de enfermedad activa, hipertensión y nefritis lúpica³.

Es importante tener en cuenta que no todos los embarazos en mujeres con LES deben considerarse de alto riesgo. Hay que llevar a cabo una identificación y estratificación cuidadosas. Las mujeres embarazadas con LES activo/nefritis lúpica o anticuerpos anti-Ro/La/aFL deben considerarse como un grupo de mayor riesgo⁹.

El tratamiento y manejo de las mujeres embarazadas con LES debe involucrar una estrecha colaboración multidisciplinaria^{2,3,7,9-11}. Se desconoce el calendario de monitorización óptimo para garantizar la salud materna y fetal durante el embarazo, pero las mujeres con

factores de riesgo o indicadores de mal pronóstico requerirán una monitorización más frecuente³.

Desde el punto de vista médico, se sugiere realizar una visita en el primer trimestre, cada 4-6 semanas hasta la semana 26 de gestación, y cada 2 semanas desde la semana 27 hasta el parto, todo ello sujeto a modificaciones según criterios obstétricos y médicos².

Trabajo de parto

En principio, se apuesta por un parto vaginal espontáneo en todas las mujeres con LES en trabajo de parto espontáneo a término y con un feto en una presentación cefálica¹⁰.

Respecto a la medicación intraparto, puede ser necesario ajustar la medicación materna para el trabajo de parto. Si una mujer está tomando esteroides orales a largo plazo, deberá recibir hidrocortisona intravenosa para cubrir el estrés fisiológico del trabajo de parto. Después del parto, se consideraría duplicar su dosis habitual de prednisolona durante 2 o 3 días, especialmente si se encuentra mal o si se sometió a un parto prolongado o complicado, y después continuar con la dosis habitual¹⁰.

Puerperio

Algunas mujeres experimentarán exacerbaciones de LES en el periodo posparto^{3,5,7,9,10}. Las puérperas que hayan tenido una enfermedad activa en el momento de la concepción y/o un daño significativo en órganos terminales tienen un mayor riesgo de presentar brotes de enfermedad en este periodo en comparación con las mujeres con una enfermedad inactiva. Por tanto, la evaluación periódica de la actividad de la enfermedad está garantizada después del parto^{3,10}. Se debe realizar una estrecha vigilancia, principalmente en las 4 semanas posteriores al parto, sobre todo en mujeres con una actividad o enfermedad grave reciente⁵.

El puerperio también es un periodo de alto riesgo de complicaciones tromboembólicas; en mujeres con aFL, se recomienda continuar la tromboprofilaxis con heparinas de bajo peso molecular durante 4-6 semanas tras el parto. Las mujeres con un antecedente de trombosis pueden regresar a su terapia anticoagulante habitual a los 2-3 días posparto. Tanto la warfarina como la heparina son seguras durante la lactancia. Las mujeres en terapia con heparina y glucocorticoides a largo plazo deben recibir tratamiento con calcio y vitamina D hasta el final de la lactancia, por el riesgo de presentar osteoporosis secundaria⁵.

La seguridad de los medicamentos en la lactancia a veces difiere y su uso debe discutirse de forma individual y revisarse los riesgos específicos^{3,7}. La HCQ, los AINE, los corticoides, ciclosporina, azatioprina (en

dosis mínimas) y tacrolimús se consideran compatibles con la lactancia^{3,9-11}. Metotrexato en dosis bajas o intermitentes también se considera compatible con la lactancia. Se dispone de una información limitada sobre los medicamentos biológicos o leflunomida. Ciclofosfamida y micofenolato mofetil están contraindicados en la lactancia^{3,9,10}.

Por otra parte, en cuanto a la planificación posparto, los anticonceptivos con estrógenos generalmente están contraindicados en mujeres con LES; aun así, la elección más adecuada debe hacerse individualmente^{2,9-11}.

DISCUSIÓN

El desconocimiento de cómo afectaba el LES al embarazo, y viceversa, era el principal motivo por el cual se desaconsejaba a las mujeres con dicha patología quedarse embarazadas⁵. Gracias a la creación de grupos como la FELUPUS, constituida en 1996, se ha impulsado la creación y la difusión de información relevante sobre el diagnóstico, el abordaje y el tratamiento, entre otros aspectos, de dicha enfermedad⁴, y concretamente se han ampliado los estudios y la información sobre el lupus y el embarazo.

Los autores de este artículo somos conscientes de que una de las principales limitaciones de dicha revisión viene determinada primordialmente por la restricción de acceso a artículos de pago, por lo que la falta de documentos disponibles disminuye la calidad de la revisión. De todas formas, sí que hemos podido acceder a documentos con recomendaciones basadas en la evidencia científica y en principios ampliamente aceptados, como la GPC sobre el LES².

Así, la mayoría de los artículos seleccionados han sido revisiones bibliográficas, por lo que se han identificado los aspectos conocidos sobre el tema y los que aún permanecen desconocidos, lo que aumenta a su vez los datos consultados y comparados.

A pesar de todo, es importante resaltar que no existen apenas contradicciones entre los datos consultados, y hay bastante consenso sobre cómo abordar la gestación de una mujer con LES. El apartado sobre el que hemos obtenido menos información para comparar ha sido el referente al trabajo de parto, por lo que sería interesante la realización de estudios que profundicen en dicho tema.

CONCLUSIONES

Tras la revisión de la bibliografía efectuada, se concluye lo siguiente:

- La planificación y consulta preconcepcional adquiere gran relevancia para las mujeres diagnosticadas de LES,

ya que determina el curso y el pronóstico del embarazo.

- La actividad del LES durante el embarazo es controlada, por lo que es imprescindible realizar un seguimiento multidisciplinario más estrecho, teniendo en cuenta las múltiples complicaciones que pueden aparecer y estando atentos a cualquier cambio durante el seguimiento.
- En las mujeres con LES está aconsejado el parto vaginal espontáneo.
- Ante la posibilidad de que surjan exacerbaciones del LES en el posparto, es de gran importancia continuar dicho seguimiento sabiendo diferenciar el curso fisiológico del proceso del patológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gladman DD, Pisetsky DS, Ramírez Curtis M. Overview of the clinical manifestations of systemic lupus erythematosus in adults. En: Rose BD, ed. UptoDate Waltham: UptoDate, 2018.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lupus Eritematoso Sistémico. Guía de práctica clínica en el SNS sobre lupus eritematoso sistémico. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud, 2015.
3. Bermas BL, Smith NA. Pregnancy in women with systemic lupus erythematosus. En: Rose BD, ed. UptoDate, 2018 [consultado el 5 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-women-with-systemic-lupus-erythematosus>
4. Federación Española de Lupus (FELUPUS), 1996 [consultado el 9 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.felupus.org/recien.php>
5. González Naranjo LA, Restrepo Escobar M. Lupus eritematoso sistémico y embarazo. Rev Colomb Reumatol. 2011; 18(3): 175-86.
6. Buyon JP, Kim MY, Guerra MM, Laskin CA, Petri M, Lockshin MD, et al. Predictors of pregnancy outcome in a prospective, multiethnic cohort of lupus patients. Ann Intern Med. 2015; 163(3): 153-63.
7. Yamamoto Y, Aoki S. Systemic lupus erythematosus: strategies to improve pregnancy outcomes. Int J Womens Health. 2016; 8: 265-72.
8. Prada Hernández DM, Oliva Rodríguez J, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón JA, Hernández Cuellar MV, Gil Prada J. Utilidad del consejo preconcepcional en enfermedades reumáticas autoinmunes. Rev Cub Reumatol. 2013; 15(2): 63-70.
9. Cauldwell M, Nelson-Piercy C. Maternal and fetal complications of systemic lupus erythematosus. Obstet Gynaecol. 2012; 14: 167-74.
10. Knight CL, Nelson-Piercy C. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. Open Access Rheumatol. 2017; 9: 37-53.
11. Ramires de Jesús G, Mendoza-Pinto C, Ramires de Jesús N, Cunha dos Santos F, Mendes Klumb E, García Carrasco M, et al. Understanding and managing pregnancy in patients with lupus. Hindawi. 2015; 1-18.
12. Danza A, Día L, Ruiz-Iratorza G. Hidroxicloroquina en el embarazo y la lactancia. Rev Méd Urug. 2015; 31(2): 128-32.
13. Schramm AM, Clowse MEB. Aspirin for prevention of preeclampsia in lupus pregnancy. Hindawi. 2014; 1-8.
14. Buyon JP. Neonatal lupus: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis. En: Rose BD, ed. UptoDate. Waltham: UptoDate, 2018.
15. Empson M, Lassere M, Craig J, Scott J. Prevención del aborto espontáneo recurrente en mujeres con anticuerpos antifosfolípidos o anticoagulante lúpico (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Syst Rev. 2011; 3: CD002859 [doi: 10.1002/14651858.CD002859].