

# Cuidados Preconcepcionales y durante la gestación de la mujer con Lupus Eritematoso Sistémico

M<sup>a</sup> Teresa Morilla Aragón\*, Eloísa Fernández Ordoñez\*\*, Nerea Martínez Castellón\*\*\*

\*Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. \*\*Enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

## Resumen

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune que afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, en una relación mujer-hombre de 9:1. **Objetivo:** El objetivo principal de esta investigación es revisar el estado de conocimiento relacionado con los planes de actuación, cuidados, tratamiento y orientación de las mujeres con lupus eritematoso sistémico en edad reproductiva. **Metodología:** Revisión bibliográfica de la literatura científica en revistas en castellano, inglés y portugués. La búsqueda se ha realizado en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Lilacs, Cuiden, Fisterra, Cochrane; se han obtenido 56 artículos y 2 guías de práctica clínica, de los cuales se han seleccionado 16 para la revisión tras la lectura crítica de los mismos. Como resultados hemos obtenido que sea necesario para una gestación exitosa estar un periodo mínimo de 6 meses libre de exacerbaciones, realizar una adecuada planificación pregestacional y llevar un control por un equipo multidisciplinar. **Conclusión:** la matrona puede ser el referente de información durante la etapa preconcepcional así como durante la gestación y ser el punto en el que pivoten los distintos profesionales que ayudarán a estas mujeres a embarazos exitosos.

**Palabras claves:** Consejo dirigido, embarazo, enfermería de consulta, lupus eritematoso sistémico.

## Abstract

**Introduction:** Systemic lupus erythematosus is an autoimmune disease that mainly affects women of reproductive age, in a ratio of 9:1 woman-man. **Goals:** The main objective of this research is to conduct a review of the state of knowledge related to the action plans, care, treatment and counselling of women systemic lupus erythematosus in reproductive age. **Methodology:** Literature search of the scientific literature in journals in Spanish, English and Portuguese. The search has been conducted in the following databases: Pubmed, Medline, Scielo, Lilacs, Cuiden, Fisterra and Cochrane; we have obtained 56 articles and 2 clinical practices guidelines, which we selected 16 for review after critical reading for this review. As results we have that it is necessary for a successful pregnancy to be a minimum period of 6 months free of exacerbations, make a proper pre-pregnancy planning and take control of a multidisciplinary team. **Conclusions:** The midwife may be the benchmark for information during the stage preconception as well as during pregnancy and be the point where the pivot the different professionals who will help these women to carry successful pregnancies.

**Keywords:** Directive counseling, pregnancy, office nursing, systemic lupus erythematosus.

## Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica, multisistémica de evolución y clínica variable que se debe, a la producción de anticuerpos con autoantígenos y a la formación de múltiples inmunocomplejos que median respuestas inflamatorias al depositarse en diversos órganos y tejidos<sup>1,2,12,16</sup>. La enfermedad comienza de forma insidiosa y una vez diagnosticada cursa con periodos de remisiones y exacerbaciones<sup>2,14</sup>; se sabe que existe una producción variable de anticuerpos que unida a factores genéticos y ambientales

pueden estar implicados en su patogenia. Se ha registrado una baja incidencia antes de la menarquia o después de la menopausia, observándose un aumento de las agudizaciones durante el embarazo y el puerperio<sup>2</sup>.

Tiene una prevalencia estimada de 20 a 150 casos por cada 100.000 y una incidencia de 1 a 25 casos por cada 100.000 personas al año<sup>14</sup>. Cerca de 90% de los casos de LES corresponden a mujeres, en una relación con respecto a los hombres de 9:1, en edades comprendidas entre los 15 y los 40<sup>4</sup>, afectando principalmente en la edad fértil<sup>1-9,14,15</sup>, lo que causa en estas mujeres una gran preocupación.

Distintos estudios avalan que las mujeres con LES tienen los mismos problemas de fertilidad que el resto de la población<sup>1,5,6</sup> y hoy en día, el pronóstico de que la gestación llegue a buen puerto es mucho mayor que hace algunos años. No obstante, el embarazo de la mujer con lupus debe considerarse de alto riesgo<sup>6</sup> ya que debido a su patología de base, tiene mayores tasas de morbimortalidad tanto materna como fetal<sup>1,7,15</sup>. En el caso del feto podríamos encontrarnos con abortos y muerte fetal, presente en el 20% de los embarazos de mujeres con LES, siendo muy superior a los dados en gestantes sanas; También existe mayor riesgo de partos pretérminos, crecimiento intrauterino retardado, lupus neonatal, bajo peso y pre-eclampsia<sup>1,2,4,5,7-9,16</sup>; respecto a las complicaciones maternas, aumentan las tasas de infecciones, anemia, trombocitopenias, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, ACV además de poder producirse exacerbaciones de la enfermedad durante la gestación, que podrían llevar a la paciente a la muerte<sup>1,5,15</sup>.

El impacto del lupus durante el embarazo ha sido estudiado ampliamente, arrojando resultados controvertidos, especialmente en lo relacionado a las exacerbaciones durante el mismo. Las distintas investigaciones concluyen que la actividad del lupus puede incrementarse, disminuir o no producir ninguna alteración<sup>2,3</sup>. El riesgo de activación de la enfermedad está estrechamente relacionado con la actividad de la misma entre los 6 meses y el año anterior a la gestación<sup>1,2,6,8,14,15</sup>. La complicación más importante durante la gestación es la Nefritis lúpica<sup>2,3</sup>; está complicación forma parte de los predictores de malos resultados obstétricos, pudiendo presentarse desde proteinuria ligera hasta un fallo renal de rápida instauración<sup>3,15</sup>.

Para evitar la mayoría de estas situaciones, sería ideal que la paciente planificara su embarazo correctamente, poniéndose en manos de un equipo multidisciplinar para que se den las mejores condiciones durante la gestación<sup>7,14,16</sup>.

### Objetivo principal

- Realizar una revisión del estado de conocimiento relacionado con los planes de actuación, cuidados, tratamiento y orientación de las mujeres con lupus eritematoso sistémico en edad reproductiva.

### Objetivos secundarios

- Mostrar las actuaciones a llevar a cabo en la etapa preconcepcional para garantizar

una gestación con los menores riesgos posibles.

- Conocer los protocolos de actuación en la etapa prenatal y los cuidados a llevar a cabo durante la misma.
- Diferenciar las distintas complicaciones que puede aparecer durante la gestación de una mujer con LES.

### Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura científica en revistas en castellano, inglés y portugués. La búsqueda se ha realizado en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Lilacs, Cuiden, Fistera, Cochrane.

Las palabras claves han sido: consejo dirigido (directive counseling), embarazo (pregnancy), enfermería de consulta (office nursing), lupus eritematoso sistémico (systemic lupus erythematosus).

La búsqueda bibliográfica ha arrojado un total de 56 artículos y 2 guías de práctica clínica, de los cuales se han seleccionado 16 para la revisión tras la lectura crítica de los mismos.

### Criterios de inclusión:

- Fecha de publicación de los artículos y guías de práctica clínica comprendida entre el año 2009 y 2017.
- Incluye en la muestra mujeres en edad fértil con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico.
- Idiomas: castellano, inglés y portugués.
- La población de estudio está formada por los artículos de investigación que tratan sobre lupus eritematoso sistémico, mujeres en edad fértil, consejo previo a la gestación y mujeres gestantes.

### Resultados

Consejos de la enfermera obstétrico-ginecológica antes del embarazo.

Para mejorar las posibilidades de conseguir un embarazo exitoso, sería necesario realizar con la paciente una anamnesis minuciosa, evaluar correctamente el estado de su enfermedad y ayudarla junto a su pareja, a tomar la decisión acertada respecto al mejor momento para la concepción. Para ello, se evaluarán regularmente los deseos genésicos de la paciente, insistiendo en la necesidad de planificar la gestación para disminuir los riesgos materno-fetales<sup>1,3,5,7,14,15</sup>.

En la anamnesis, será importante conocer las complicaciones presentadas en gestaciones anteriores, la positividad de los anticuerpos aFL (anticuerpos anticardiolipinas {aCL} y anticoagulante lúdico) y los anticuerpos anti-Ro y anti-La, dada su estrecha relación con

complicaciones específicas como trombosis, pérdida fetal, pre-eclampsia y bloqueo cardiaco congénito (BCC)<sup>6, 8, 14,15</sup>.

Para evaluar la actividad del LES, se pasará a la paciente la escala de actividad lúpica de SLEDAI<sup>3-5,10</sup> (tabla 1); si la paciente ha presentado 3 o más exacerbaciones de la enfermedad antes de la gestación, con una calificación en la escala SLEDAI de igual o mayor a 5, la activación del LES será más frecuente durante la gestación<sup>3,15</sup>. Por ello, debe esperar a tener un periodo sin brotes de entre 6 meses y un año con el fin de disminuir el riesgo de recaídas<sup>1, 2, 6, 7, 14,15</sup>. Igualmente, las mujeres con un alto grado de daño orgánico, tendrá mayor riesgo de sufrir complicaciones, sobre todo aquellas que presente daño renal crónico<sup>6</sup>. El embarazo estaría contraindicado si la paciente con LES presenta algunas de las complicaciones descritas en la tabla 2.

En este periodo preconcepcional, también es el momento de evaluar el tratamiento que la paciente tiene y modificarlo con la suficiente antelación para que pueda adaptarse al cambio de medicación y evitar los efectos teratogénicos de alguno de ellos<sup>7,14</sup>. Los fármacos que se consideran seguros durante la gestación son: prednisona, ciclosporina, azatioprina e hidroxicloroquina<sup>6</sup>. Éste último se considera un buen ahorrador de glucocorticoides y tiene buenos resultados durante todo el embarazo; por el contrario, su suspensión durante la gestación se asocia con aumento de exacerbaciones<sup>3,8,15</sup>. Aunque la hidroxicloroquina atraviesa la barrera placentaria, no está demostrada su toxicidad fetal<sup>11, 14</sup>.

Se deben suspender los tratamientos con metrotexate, mofetil micofenolato y

ciclofosfamida por sus efectos teratogénicos 3 meses antes de la gestación<sup>6, 15</sup>. En cuanto a los glucocorticoides, están indicados para la activación del lupus materno y manejo del bloqueo cardiaco incompleto en el feto<sup>2,6,8,14</sup>, principalmente la dexametasona y betametasona que al atravesar la barrera placentaria, sólo deben usarse al final de la gestación<sup>7,8</sup>. La prednisona, utilizada para el tratamiento materno, debe administrarse en la dosis efectiva más baja (< de 20mg/día)<sup>7,8</sup>. Aunque se considerada segura durante el embarazo, existe evidencia del aumento del riesgo de paladar hendido en el feto<sup>6</sup>, parto prematuro por rotura prematura de membrana, retraso del crecimiento fetal, hipertensión o diabetes gestacional<sup>2,6,8,10,11,14,15</sup>.

Si la paciente precisara antiagregantes plaquetarios, se utilizarían dosis bajas de ácido acetil salicílico<sup>6, 8,10</sup>. El ácido acetil salicílico disminuye el riesgo de pre-eclampsia en un 25% y de pérdidas fetales en 31%<sup>6</sup>; el tratamiento con aspirina estaría indicado en aquellas pacientes con anticuerpo aPL positivos, historia de pre-eclampsia, hipertensión o enfermedad renal<sup>6</sup>, debiendo suspenderse antes de la 32 semanas de gestación para evitar el cierre prematuro del ductus arterioso<sup>8,11</sup>. Igualmente, la heparina no cruza la barrera placentaria<sup>6, 8</sup>, por lo que también sería segura durante la gestación. En cuanto al tratamiento hipertensivo si lo tuviera, se sustituiría los IECAs o ARaII por otros que sean seguros como la metildopa, labetalol o el nifedipino, ya que los dos primeros pueden causar toxicidad renal fetal, presentando posteriormente insuficiencia renal y oligoamnios<sup>6,8,14</sup>. En la tabla 3 se resume el algoritmo de actuación a seguir en la consulta preconcepcional.

Tabla 1. Escala de actividad lúpica de SLEDAI (Toronto 1992)<sup>4</sup>

Parámetros	Punt.	
Convulsiones	8	Reciente
Psicosis	8	Perturbación severa percepción de la realidad, alucinación, incoherencia. Disociación, catatonía.
Síndrome orgánico general	8	Alteración de las funciones mentales/ intelectuales, pérdida de conciencia, atención, incoherencia, insomnio, mareo.
Trastorno visuales	8	Cambios retina por LES, excluir HTA sistémica.
Cefalea intensa	8	Cefalea intensa, persistente, migrañosa, no responde a tratamiento.
Trastorno de los pares craneales	8	Neuropatía motora. SNC.
Evento vascular cerebral	8	Excluir hipertensión arterial, tromboembolia.
Vasculitis	8	Ulceración, gangrena, nódulos blandos, infarto periungueal, biopsia (+).
Artritis	4	Articulaciones
Miositis	4	Mialgias, debilidad proximal, elevación de CPK, aldolasa elevada, electromiografía alteración en biopsia(+).
Cilindros urinarios	4	Hialinos, hematocitos, granulares en orina.
Hematuria	4	5g/ campo.
Proteinuria	4	0.5mg/ 24h o elevado.
Piuria	4	>5 Leucocitos/ campo.
Eritema malar	2	Erupción en la piel. Episodio nuevo o recurrente rash inflamatorio.
Alopecia	2	Nueva o recurrente.
Ulceras en mucosa	2	Orales o nasales.

Pleuresía	2	Dolor pleurítico+frote, engrosamiento pleural.
Pericarditis	2	Dolor precordial+, frote efusión, alteraciones ECG, EGO.
Hipocomplementemia	2	Disminución de C3 y C4.
Aumento unión DNA	2	>25%
Fiebre	1	>38°C
Trombocitopenia	1	< 100.000/ mm <sup>3</sup>
Leucopenia	1	<3000/mm <sup>3</sup>
Inactividad 0 a 2 puntos; Leve 2-4 puntos; Moderada 4-8 puntos; Severa: 8 o >8 puntos.		

Tabla 2. Contraindicaciones del embarazo en mujeres con LES<sup>6,7,14,15</sup>

Contraindicaciones absolutas.
Hipertensión pulmonar grave (PAP sistólica estimada >50 mmHg o sintomática).
Enfermedad pulmonar restrictiva grave (CVF < 1 litro).
Insuficiencia cardíaca.
Insuficiencia renal crónica (creatinina sérica >2.8mg/dl).
Antecedentes de pre-eclampsia o síndrome de Hellp a pesar de tratamiento con aspirina o heparina.
Enfermedad cerebrovascular en los últimos 6 meses.
Exacerbación grave del lupus en los últimos 6 meses.

Tabla 3. Algoritmo de actuación en consulta preconcepcional.

	Pre-eclampsia	Nefritis lúpica activa
Momento del embarazo	Siempre después de la semana 20, usualmente después de la semana 30.	En cualquier momento durante el embarazo.
Presión arterial	Presión diastólica >90mmHg.	Normal/ Alta.
Proteinuria	>300mg/ 24h si la proteinuria basal es normal. Ocurre durante el 3er trimestre.	>500mg/ 24h si la proteinuria basal es normal (<150mg/24h). Duplicación de los valores de proteinuria basal si era >500mg/24h. Ocurre antes del 3er trimestre.
Complemento C3, C4	Usualmente normal.	Disminuido
Anticuerpos anti-dsDNA	Usualmente negativos.	Pueden ser positivos.
Recuento de plaquetas	Normal/ bajo.	Normal/ bajo.
Ácidoúricos sérico	>5.5 mg/dl.	Sin cambios
Calcio urinario	Bajo	Normal
Pruebas de función hepática	Pueden estar elevadas.	Usualmente normales.
Actividad lúpica en otros órganos	Ausente	Presente
Respuesta a glucocorticoides	No	Si

### Cuidados prenatales de la gestante con LES.

La atención prenatal de la gestante con LES debe ser proporcionada por un equipo multidisciplinar que posea altos conocimientos sobre la enfermedad y la actividad de ésta durante el embarazo<sup>6</sup>. Se recomienda que la paciente tenga una visita mensual hasta la semana 28 de gestación, cada 2 semanas hasta la semana 36 y semanal hasta la finalización de la gestación<sup>6, 7, 10, 14,15</sup>. En cada visita, se debe realizar mediciones de tensión arterial para la detección precoz de hipertensión inducida por el embarazo (HIE) o preclampsia<sup>6</sup>. Igualmente, la medición de proteína en orina en casa visita es fundamental para la detección precoz de pre-eclampsia o nefritis lúpica<sup>6,14</sup>. Las pacientes con los antecedentes antes mencionados, deben realizarse mediciones de la tensión arterial en su domicilio.

En cuanto a mediciones analíticas, es importante realizar hemograma completo con cierta asiduidad. En el embarazo fisiológico suelen darse valores más bajo de hemoglobina y recuento plaquetario pero puede verse seriamente disminuido por anemia hemolítica, trombocitopenia autoinmne

por LES o por complicación de la pre-eclampsia hacia un síndrome de HELLP<sup>6</sup>. Para monitorizar la actividad de LES, se realizarán mediciones de anticuerpos anti-DNA de cadena doble y los niveles de complemento C3, C4 o CH50 en la primera visita y cada trimestre<sup>1,6,7,10,15</sup>. La analítica también debe incluir velocidad de sedimentación glomerular, glucosa, actividad renal y hepática<sup>7,10,14,15</sup>.

La ecografía es útil para determinar con exactitud la fecha probable de parto. En el segundo y tercer trimestre su utilidad se centra en la medición del crecimiento fetal y la madurez placentaria. La ecodoppler ayuda a evaluar la función de los vasos placentarios, pudiendo predecir la aparición de pre-eclampsia y sufrimiento fetal. En madres con anticuerpos aFL positivo, se recomienda la realización de NST (non stress test) semanalmente durante el tercer trimestre y perfil biofísico<sup>6</sup>.

En cuanto al lupus neonatal y el BCC, en madres con alto riesgo (anti-Ro positivo o anti-La positivo o ambos)<sup>6,8,12,14</sup>, se recomienda realizar ecocardiograma fetal semanal para control del intervalo PR desde la semana 16 hasta la 26 y cada dos semanas a partir de la

semana 27 hasta finalizar la gestación con el fin de detectar un posible **BCC**<sup>6,7,12,15</sup>.

Complicaciones materno-fetales de la gestante con LES.

El aumento de la actividad lúpica antes de la concepción o al principio del embarazo, aumenta el riesgo de complicaciones durante el mismo. El riesgo de exacerbaciones durante la gestación, aumenta drásticamente si la madre ha tenido exacerbaciones en los últimos 6 meses<sup>6,14</sup>. Alrededor del 50% de las gestantes con lupus tendrán algún grado de actividad de la enfermedad durante la gestación, siendo el riesgo de un brote moderado-grave entre un 15-30% de los casos. Otras causas de reactivación de la enfermedad son la suspensión del tratamiento farmacológico y la existencia de múltiples exacerbaciones en los años previos a la gestación<sup>6,15</sup>.

Existe un gran número de complicaciones que pueden ocurrir en la mujer embarazada con LES. Alrededor del 20% de las gestaciones<sup>5,6</sup>, terminan en un aborto espontáneo o muerte fetal, siendo los factores de riesgo más importante el síndrome anti fosfolípido (SAF) y una alta actividad lúpica especialmente en el primer trimestre<sup>6</sup>. En 2005, Clowse et al<sup>12</sup> evaluaron el impacto de la actividad de la enfermedad durante el embarazo en las tasas de abortos espontáneos (n=267 embarazos). Las mujeres con alta actividad tuvieron menos nacidos vivos (77 vs 88%) que aquellas que presentaron baja o nula actividad durante la gestación<sup>12</sup>. Esta elevada tasa suele ser debido a la vasculopatía de la arteria espiral de la placenta que se asocia al uso de corticoides que con frecuencia, forma parte del tratamiento de las pacientes con lupus<sup>5,6</sup>.

El riesgo de recidivas de nefritis lúpica es mucho mayor durante el embarazo, entre un 20-30%, sobre todo si esta se encuentra activa durante la gestación<sup>2,5,6,9,12,14</sup>. En el caso de encontrarse activa, no se recomienda la gestación<sup>15</sup> debido a su asociación con hipertensión materna y prematuridad; Si no se encontrase activa pero existen antecedentes, se asocia a pre-eclampsia y presencia de anticuerpos antifosfolípidos, prematuridad y pérdida fetal<sup>12</sup>. La pre-eclampsia también propicia la aparición de proteinuria y dificulta la distinción entre ésta y la exacerbación renal<sup>2,6</sup>. La tasa de pre-eclampsia **en mujeres lúpicas**, oscila entre el 13-35%. El antecedente de nefritis lúpica incrementa el riesgo tanto para una nueva reactivación del lupus durante el embarazo como de la aparición de pre-eclampsia. Dos tercios de mujeres con enfermedad renal preexistente desarrollarán esta patología durante la gestación en

comparación con solo el 14% de mujeres con LES sin enfermedad renal preexistente<sup>6</sup>.

Es un desafío común para los profesionales distinguir entre pre-eclampsia y una recaída nefrítica del LES. La proteinuria y la hipertensión se dan en ambas etiologías, sin embargo, algunos parámetros pueden ayudar a diferenciar las dos entidades: el aumento de ácido úrico es indicativo de pre-eclampsia mientras que la presencia de **hematuria y cilindros celulares** en el sedimento urinario, actividad extra renal, **títulos elevados de anticuerpos anti-dsDNA** e hipocomplementemia (C3, C4 disminuidos) sugieren una nefritis lúpica<sup>2,5,7,9</sup>. En cuanto a la proteinuria, si la nefritis se encuentra activa, existen valores por encima de los 5g/ 24h si los valores basales eran normales, duplicación de esta cantidad si la proteinuria ya estaba en estos valores y presencia de proteinuria antes del tercer trimestre<sup>6</sup> (tabla 4).

La presencia de anti-Ro/ SS-A y anti-La/ SS-B se asocia a daño fetal y es responsable del lupus neonatal y el aumento de abortos<sup>2,5</sup>. El lupus neonatal es una rara condición que se da cuando los anticuerpos maternos atraviesan la barrera placentaria y se une al tejido fetal, pudiendo causar lupus congénito neonatal no cardíaco o establecer severas lesiones cardíacas, causando un bloqueo cardíaco congénito. Éste último se da en un porcentaje entre el 2-5% en fetos de mujeres gestantes con anticuerpos anti-Ro positivos, **umentando hasta el 16-25%**, existen antecedentes en embarazos previos<sup>12,14,15</sup>. El SAF asociado es un predictor de pérdida fetal. La existencia de anticuerpos anticardiolipinas y anticoagulante lúdico son factores de riesgos de complicaciones en el embarazo para la madre y el feto<sup>5,12</sup>. La presencia de anticuerpos antifosfolípidos durante la gestación, se asocia a pérdidas fetales, partos pretérminos y crecimiento uterino retardado (CIR)<sup>2,5,6,9,12,15</sup>.

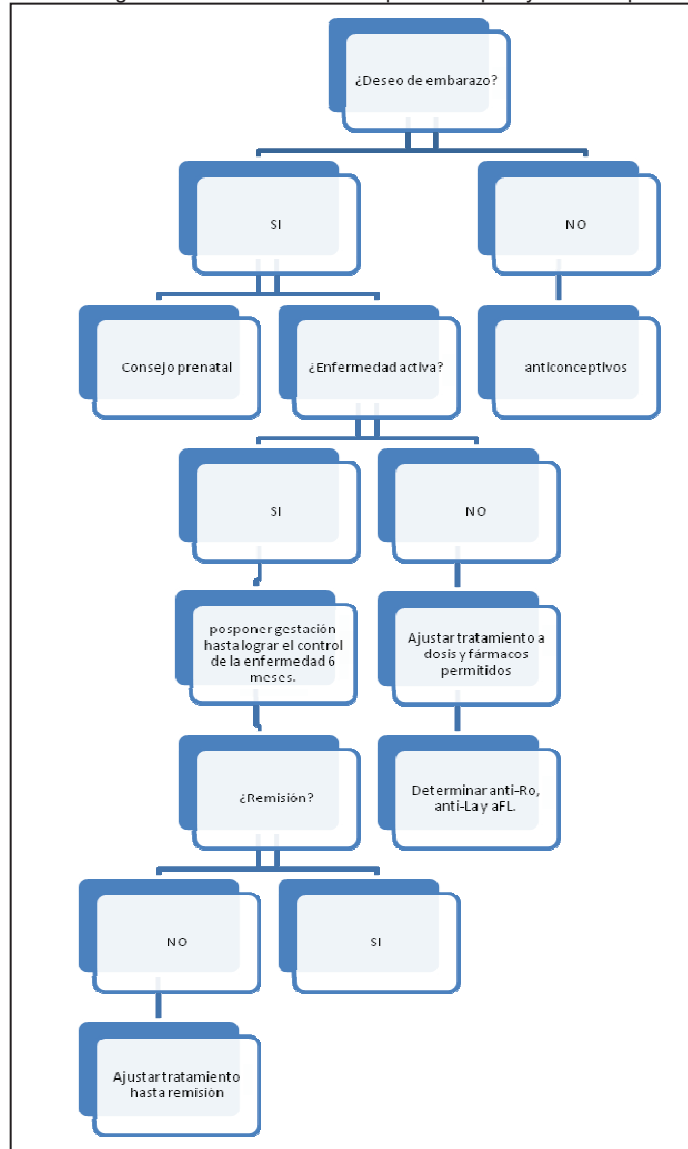
En las embarazadas con lupus, la vasculitis de la decidua es la alteración más característica. Se produce inflamación de las vellosidades, depósitos de inmunoglobulinas, complemento y fibrina o fibrinógeno en los vasos placentarios<sup>5,9</sup>.

La trombocitopenia es frecuente durante el embarazo oscilando entre el 10 y 40% de ellos<sup>6</sup>. Si la detectamos durante la gestación, es prioritario descartar pre-eclampsia, síndrome de Hellp u otra causa y confirmar que las cifras bajas son consecuencia de la enfermedad de base<sup>7</sup>. Su asociación en el primer trimestre se asocia con pérdida fetal<sup>15</sup>. La prematuridad es uno de los principales problemas responsables de la alta morbilidad y

mortalidad fetal<sup>5</sup>. El riesgo de presentarse un parto pretérmino es del 33%. La rotura prematura de membrana es una de las causas más importante de parto prematuro en mujeres con LES<sup>6,10</sup>. La actividad lúpica antes y durante el embarazo, altas dosis de prednisona e hipertensión arterial son los principales factores de riesgo. En la cohorte de lupus de Hopkins<sup>6,13</sup>, el 66% de las embarazadas con lupus activo tuvieron partos pretérminos frente el 32% de mujeres

embarazadas sin lupus activo. La inflamación presente en el lupus activo favorece la ruptura de membranas y el parto pretermino<sup>6,12</sup>. La actividad clínica de la enfermedad, la presencia de hipocomplementemia y elevación de los anticuerpos anti-DNAc se asocia con prematuridad en mujeres con LES<sup>15</sup>. Las pacientes con lupus tienen más probabilidades de sufrir diabetes gestacional, hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, insuficiencia renal y trombofilias (SAF)<sup>6,9,10</sup>

Tabla 4. Algoritmo de diferencias entre pre-eclampsia y nefritis lúpica<sup>6,14</sup>



## Discusión

El LES es una enfermedad multifactorial en la genética, el ambiente y las hormonas sexuales juegan un papel ponderante.

En la actualidad, las mujeres con LES en edad fértil tienen una mejor calidad de vida, lo que lleva a aumentar el número de gestaciones en estas pacientes. Esto no indica que por ello, el

embarazo deje de ser una situación de alto riesgo para estas mujeres y el producto de la gestación, existiendo un elevado número de abortos, pérdidas fetales en cualquier trimestre de embarazo, CIR, partos pretérminos, prematuridad y otras complicaciones para la madre, como diabetes gestacional, hipertensión arterial y pulmonar, trombofilias y exacerbaciones de la enfermedad de base.

La actividad del lupus puede aumentar durante la gestación pero la mayoría de incidencias se da cuando la mujer presenta enfermedad activa en el momento de la concepción. El uso de glucocorticoides como tratamiento previo al embarazo, la existencia de nefritis lúpica activa, hipertensión arterial o la presencia de anticuerpos antifosfolípidos también están asociados a complicaciones importantes. Las determinaciones analíticas durante el embarazo va a arrojar información sobre la actividad del LES, por lo tanto, debe monitorizarse con frecuencia los parámetros analíticos que puedan llevar a complicaciones materno-fetales como la pre-eclampsia, lupus neonatal o bloqueo cardiaco congénito.

## Conclusiones

El embarazo en mujeres con LES es un reto para los profesionales de la salud. Los factores básicos para enfrentarnos a esta situación son: tener conocimientos de la medicación, del efecto que el embarazo tiene en el lupus y viceversa, concebir un equipo multidisciplinar en el que la matrona puede ser el referente de información durante la etapa pregestacional

## Bibliografía

1. Sabat S, Vinet M, Sanhuesa F, Galdames A, Castro I, Caballero A. Embarazadas con lupus eritematoso sistémico en el hospital Clínico Regional de Concepción, Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2014; 79(1): 21-26.
2. Bermúdez-Marrero WM, Vizcaíno-Luna Y, Bermúdez-Marrero WA. Lupus eritematoso sistémico. *Acta Médica del Centro/ Vol.11 n° 1* 2017.
3. Gilbert-Toledano Z.M, Reyes-Llerena G.A, Rigñack-Ramírez L, Cruz-García Y, Acosta-Lopera D, Salgado-Galoso S.B. Embarazo y puerperio en el lupus eritematoso sistémico. Actualización. Volumen XV, número 2 May-Ago 2013: 71-75.
4. Nares-Torices M.A, Hernández-Pacheco J.A, Estrada-Altamirano A, Mendoza-Calderón A, Cervera-Buenfil C.I, Villalba-Hernández L.D y Cols. Lupus eritematoso sistémico activo durante el embarazo: curso clínico y pronóstico en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Perinatol Reprod Hum* 2012; 26(2): 96-105.
5. Reyes-Llerena G.A, Guibert-Toledano M, Vasallo-Prieto R, López-Mantecón A.M, López-Aguilera I.R, Delgado-Ferreiro I. Estudio analítico y actualización temática de una serie de pacientes en Cuba con Lupus y embarazo. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*. 2009; 35(4): 58-74.
6. González-Naranjo L.A, Restrepo-Escobar M. Lupus eritematoso sistémico y embarazo. *Revista colombiana de reumatología* 2011; 18(3): 175-186.
7. Martínez-López J.A, García-Vivar M.L, Cáliz R, Freire M, Galindo M, Hernández M.V y Cols. Recomendaciones sobre actuaciones a seguir durante la edad fértil, el embarazo, posparto y lactancia en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias y autoinmunes. *Reumatol Clin*. 2017;13(5):264-281.
8. Lisboa A, Brito I. Lúpus eritematoso sistémico e gravidez: implicações terapêuticas. *Arquivos de medicina* 2014;28(1): 18-24.
9. Garanhani-Castro F, Parpinelli M.A, Yonehara E, Krupa F, Cecatti J.G. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: clinical evolution, maternal and perinatal outcomes and placental findings. *Sao Paulo Med J*. 2007;125(2): 91-5.
10. Díaz-Castro A. Lupus eritematoso sistémico y complicaciones en el embarazo. *Revista colombiana de Obstetricia y ginecología* 2009; 60(1): 93-99.
11. Juanola-Roura X, Ríos-Rodríguez V, De la Fuente-Dios D. Fármacos durante el embarazo y métodos contraceptivos en enfermedades reumáticas. Nuevas aportaciones. *Reumatol Clin*. 2010; 6(1): 43-48.
12. Rúa-Figueroa- Fernández I, Ruíz-Iratorza G. Coordinadores. Guía de práctica clínica sobre lupus eritematoso sistémico. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de evaluación del Servicio Canario de Salud. Edición 2015.
13. Fangtham M, Petri M. 2013 Update: Hopkins lupus cohort. *Curr Rheumatol Rep* (2013)15:360. DOI 10.1007/s11926-013-0360-0. Published online 26 July 2013.
14. Teixidó I, Masoller N, Martínez J.M, Ramírez J.C, Coloma E, Donate C y cols. Lupus eritematoso sistémico y embarazo. Servei de medicina maternofetal. Institut Clinic de Ginecologia, obstetricia i neonatologia. Hospital Clinic de Barcelona. Febrero 2013 [Consultado 13 de abril de 2018]. Disponible [www.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materno-obtetricia/les-y-embarazo.html](http://www.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materno-obtetricia/les-y-embarazo.html).
15. Saavedra-Salinas M.A, Barrera-Cruz A, Cabral-Castañeda A.R, Jara-Quezada L.J, Arce-Salinas A, Álvarez-Nemegyei J y cols. Guías de práctica clínica para la atención del embarazo en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes del Colegio Mexicano de Reumatología. Parte I. *Reumatol Clin* 2015;11(5):295-304.
16. Farfan-Labonne B, Luis-Vázquez I, Ávila-Carrasco A, Ramírez-Peredo J, Rodríguez-Bosch M, Beltrán-Montoya J y col. Resultados perinatales en mujeres mexicanas con lupus eritematoso sistémico. *Perinatol Reprod Hum*. 2017;31(1):3-9

así como durante la gestación y ser el punto en el que pivoten los distintos profesionales que ayudarán a estas mujeres a llevar sus embarazos a buen puerto.

Para todo ello, la mujer debe ser consciente de la importancia de planificar pormenorizadamente la gestación. Es importante que tenga información sobre la necesidad de estar un periodo mínimo de 6 meses sin presentar actividad del LES, información sobre la medicación que esté tomando actualmente ya que algunos de los tratamientos para el lupus son teratógenos y es necesario cambiar la medicación que la paciente tome con tiempo para que se adapte y evitar exacerbaciones.

El mayor riesgo para la gestante es la existencia de enfermedad renal previa o patología cardiopulmonar. La hipertensión pulmonar, la patología cardiaca o una afectación importante renal contraindican totalmente la gestación.

Se recomienda estimar el riesgo materno en base a la actividad del LES, el grado de afectación orgánica, el perfil de autoanticuerpos y el tratamiento recibido.