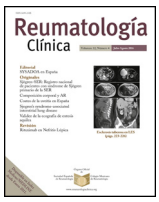
Reumatol Clin. 2019;xxx(xx):xxx–xxx

Sociedad Española de Reumatología - Colegio Mexicano de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Artículo especial

Manejo del embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico/síndrome antifosfolípido. Parte 3. Parto. Puerperio. Lactancia. Anticoncepción. Recién nacido☆

Paloma Delgado[a], Ángel Robles[b], Juan Antonio Martínez López[c], Luis Sáez-Comet[d], Esther Rodríguez Almaraz[e], Nuria Martínez-Sánchez[f], Amaia Ugarte[g], Paloma Vela-Casasempere[h], Beatriz Marco[i], Gerard Espinosa[j], María Galindo[e], Manel Casellas[k], Guillermo Ruiz-Irastorza[g,*], Victor Martínez-Taboada[l] y José Luis Bartha[f]

[a] *Servicio de Obstetricia y Ginecología, Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia, España*
[b] *Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*
[c] *Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España*
[d] *Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS), Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*
[e] *Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España*
[f] *Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*
[g] *Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Servicio de Medicina Interna, BioCruces Bizkaia Health Research Institute, Hospital Universitario Cruces, UPV/EHU, Barakaldo, Bizkaia, España*
[h] *Sección de Reumatología, Hospital Universitario de Alicante, Instituto de investigaci ón sanitaria y biomédica ISABIAL – FISABIO, Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernandez, Alicante, España*
[i] *Servicio de Ginecología y Obstetricia, HUP La Fe, Valencia, España*
[j] *Department of Autoimmune Diseases, Hospital Clinic, Biological aggresion and response mechanisms, IDIBAPS, Barcelona, Universitat de Barcelona, España*
[k] *Unitat Alt Risc Obstetric, Vall d' Hebron Hospital Campus, Barcelona, España*
[l] *Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria, Santander, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 19 de mayo de 2019
Aceptado el 23 de septiembre de 2019
On-line el xxx

Palabras clave:
Lupus eritematoso sistémico
Síndrome antifosfolípido
Embarazo
Lactancia
Anticoncepción
Puerperio

RESUMEN

Objetivo: Las Sociedades Españolas de Ginecología y Obstetricia, de Medicina Interna y de Reumatología han constituido un grupo de trabajo paritario para la elaboración de tres documentos de consenso sobre el control del embarazo en mujeres con lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido.
Métodos: Cada una de las sociedades científicas implicadas propuso cinco representantes en base a su experiencia en el área del control del embarazo en pacientes con enfermedades autoinmunes. Las recomendaciones se elaboraron siguiendo la metodología Delphi.
Resultados: En este tercer documento se incluyen las recomendaciones que abordan el manejo del parto, puerperio y lactancia, incluyendo el manejo de los diferentes fármacos en estos periodos. Además se incluye una sección sobre los cuidados iniciales del recién nacido y sobre anticoncepción.
Conclusiones: Estas recomendaciones multidisciplinares se consideran herramientas en la toma de decisiones para los clínicos involucrados en la asistencia a pacientes con lupus eritematoso sistémico/síndrome antifosfolípido durante el embarazo.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

© 2021. This manuscript version is made available under the CC-BY-NC-ND 4.0 license http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

☆ Documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y Sociedad Española de Reumatología (SER). El texto completo está disponible como material adicional en el Anexo.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: r.irastorza@outlook.es (G. Ruiz-Irastorza).

https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.09.004
1699-258X/© 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Delgado P, et al. Manejo del embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico/síndrome antifosfolípido. Parte 3. Parto. Puerperio. Lactancia. Anticoncepción. Recién nacido. Reumatol Clin. 2019. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.09.004

Management of Pregnancy in Patients with Systemic Lupus Erythematosus/Antiphospholipid Syndrome. Part 3: Childbirth. Puerperium. Breastfeeding Contraception. Newborn

Keywords:
Systemic lupus erythematosus
Antiphospholipid syndrome
Pregnancy
Lactation
Contraception
Puerperium

A B S T R A C T

Objective: In order to agree on the fundamental aspects related to the management of pregnancy in patients with systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome, the Spanish Societies of Gynaecology and Obstetrics, Internal Medicine and Rheumatology have set up a working group for the preparation of three consensus documents.
Methods: Each of the Scientific Societies involved proposed five representatives based on their experience in the field of pregnancy control in patients with autoimmune diseases. The recommendations were developed following the Delphi methodology.
Results: This third document contains the recommendations regarding the management of delivery, puerperium and lactation, including medication use during these periods and the care of the newborn. In addition, a section on contraception is included.
Conclusions: These multidisciplinary recommendations are considered decision-making tools for clinicians involved in the care of patients with systemic lupus erythematosus/antiphospholipid syndrome during pregnancy.
© 2019 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

Tras las dos primeras partes, dedicadas a la valoración preconcepcional, la infertilidad y la preservación ovárica y el control de la paciente desde el momento de la concepción hasta el parto, esta tercera sección aborda el manejo del parto, el puerperio, la lactancia y la anticoncepción en mujeres con lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido.

Material y métodos

Al igual que en las dos partes anteriores, las recomendaciones se elaboraron siguiendo la metodología Delphi. El grupo de trabajo específico para esta sección contó con un representante de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, uno del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Sociedad Española de Medicina Interna y otro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Sociedad Española de Reumatología, además de un coordinador.

Documento final de consenso

Las recomendaciones finales aparecen en la tabla 1.

Cómo citar este artículo: Delgado P, et al. Manejo del embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico/síndrome antifosfolípido. Parte 3. Parto. Puerperio. Lactancia. Anticoncepción. Recién nacido. Reumatol Clin. 2019. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.09.004

Tabla 1
Resumen de recomendaciones

	Media (DE)	Mediana	% acuerdo
1.-Parto			
1. A. ¿Está indicada la finalización electiva del embarazo?			
Se recomienda esperar el inicio espontáneo del parto de forma similar a la población general si la evolución del embarazo cursa sin complicaciones [NE 4, GR B]	9,64 (1,28)	10	92,8%
Se recomienda la finalización del embarazo en las siguientes circunstancias:	10 (0,00)	10	100%
-Síndrome HELLP, previa estabilización materna y administración de glucocorticoides para maduración pulmonar fetal en caso necesario y siempre que el estado materno y fetal lo permita (NE 2++, GR B)	10 (0,00)	10	100%
-Preeclamsia leve ≥ 37 semanas (NE1++, GR A)	10 (0,00)	10	100%
-Preeclampsia grave:	10 (0,00)	10	100%
-En gestaciones ≤ 23 semanas o ≥ 34 semanas, previa maduración pulmonar en caso indicado (NE2++, GR B)	10 (0,00)	10	100%
-Independientemente de la edad gestacional, finalización de la gestación ante la persistencia de condiciones adversas (NE2++, GR B)			
-Brotes graves de actividad lúpica con feto a término (NE4, GR ?)			
-En gestaciones pretérmino, cuando haya complicaciones derivadas de la enfermedad materna que supongan riesgo vital para la paciente (NE4,GR?)			
1. B. ¿Cambia el manejo la presencia de una muerte fetal tardía previa?			
Se sugiere en mujeres con LES y/o SAF con antecedente de muerte fetal tardía asociada a insuficiencia placentaria un seguimiento estrecho del embarazo para identificarla de forma precoz y finalizar según protocolo (NE4, GR ?)	9,71 (0,79)	7	100%
No se recomienda la inducción electiva antes de la semana 39 en pacientes con antecedente de muerte fetal tardía si la causa fue inexplicable o desconocida, ya que no existe un mayor riesgo de recurrencia (NE 2++, GR B)	9,85 (0,51)	8	100%
1. C. ¿Cuál es la vía de elección de parto?			
Se recomienda como vía de elección para el parto la vía vaginal, reservando la cesárea para las indicaciones obstétricas (NE 2++, GR A)	9,85 (0,51)	8	100%
Se recomienda considerar el estado del cuello uterino antes de la toma de decisiones, para estimar la probabilidad de éxito de parto vaginal y determinar el método y el momento más adecuado para inducir el parto (NE 2++, GR B)	9,85 (0,51)	8	100%
2.- ¿Qué tratamientos deberán modificarse o suspenderse en el periodo próximo al parto o la realización de técnicas invasivas?			
2.1. Antiagregantes			
Recomendamos no suspender el ácido acetilsalicílico 100 mg/día antes del parto (NE 1+, GR A)	9,78 (0,55)	9	100%
2.2. Anticoagulantes			
Recomendamos suspender la heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas 24 h antes de la finalización electiva o la utilización de técnicas de bloqueo neuraxial (NE2 ++ GR B)	9,92 (0,25)	9	100%
Recomendamos suspender la heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica 12 h antes de la finalización electiva o la utilización de técnicas de bloqueo neuraxial (NE2 ++ GR B)	9,92 (0,25)	9	100%
Se sugiere reiniciar la heparina de bajo peso molecular no antes de 4 h tras la retirada del catéter (NE 3, GR D)	9,92 (0,25)	9	100%
2.3. Antiinflamatorios no esteroideos			
Recomendamos evitar el uso de AINE tras la semana 30 de gestación (NE2 GRA)	10 (0)	10	100%
2.4. Corticoides			
Se sugiere valorar la profilaxis de la insuficiencia suprarrenal relativa en aquellas pacientes que hayan precisado esteroides mantenidos durante la gestación (GR✓)	9,92 (0,25)	9	100%
2.5. Otros			
No recomendamos la profilaxis de endocarditis infecciosa en los partos vaginales ni cesáreas electivas (NE 3 GR C)	9,50 (1,05)	7	100%
3.- Puerperio			
3.1. ¿Cuál es el seguimiento adecuado durante el puerperio inmediato?			
En el posparto inmediato no es imprescindible realizar una revisión a la paciente excepto que la situación clínica lo requiera (NE4, GR✓)	9,71 (0,69)	8	100%
3.2 ¿Cuándo deberemos reiniciar tromboprofilaxis?			
Se sugiere reintroducir de manera precoz la tromboprofilaxis durante el puerperio (antes de 12-24 h) (NE4, GR✓)	9,42 (2,06)	10	92,8%
3.3. ¿Qué seguimiento médico y analítico está indicado tras el alta hospitalaria?			
Recomendamos un control clínico y analítico de actividad lúpica en las primeras 4-6 semanas tras el parto (NE4, GR✓)	9,85 (0,51)	8	100%
4.- Anticoncepción			
4.1. ¿Qué métodos anticonceptivos pueden utilizar? ¿Cuál, en cada escenario, es el más seguro?			

Cómo citar este artículo: Delgado P, et al. Manejo del embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico/síndrome antifosfolípido. Parte 3. Parto. Puerperio. Lactancia. Anticoncepción. Recién nacido. Reumatol Clin. 2019. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.09.004

Tabla 1 (*continuación*)

	Media (DE)	Mediana	% acuerdo
Se sugiere un adecuado asesoramiento en las pacientes con LES/SAF, evaluando el perfil de riesgo cardiovascular y la actividad de la enfermedad antes de iniciar el tratamiento anticonceptivo (NE4, GR ?)	10 (0,00)	10	100%
No se recomienda el uso de anticonceptivos que contengan estrógenos en pacientes con anticuerpos antifosfolípido, LES grave o activo y/o evento trombótico previo (NE 2+, GR C)	10 (0,00)	10	100%
Se sugiere minimizar la dosis de gestágenos en pacientes con anticuerpos antifosfolípido (NE2-, GR D)	9,85 (0,51)	8	100%
En el resto de escenarios, las recomendaciones son superponibles a la de la población general (NE1++, GR A)	9,92 (0,25)	9	100%
La anticoncepción de emergencia es una opción para todos los pacientes con LES y/o anticuerpos antifosfolípido (GR ?)	10 (0,00)	10	100%
El método de anticoncepción definitivo (quirúrgico) es seguro y efectivo; en pacientes con LES, su uso está recomendado en aquellas pacientes con paridad satisfecha (NE4, GR ?)	10 (0,00)	10	100%
5.- Lactancia y recien nacido			
5.1. ¿Qué fármacos son de elección, en caso de precisarse durante la lactancia materna? (ver tabla 2)			
5.2. ¿Qué vigilancia específica debe recibir el recién nacido de madre con lupus y/o SAF?			
Se recomienda realizar una valoración cardiológica a los recién nacidos de madres con anti-Ro y/o anti-La por el riesgo de bloqueo cardiaco (NE 2+, GR C)	10 (0,00)	10	100%

Tabla 2
Fármacos y lactancia

Fármacos	Compatible con la lactancia
Analgésicos/antiinflamatorios	
Paracetamol	Sí
AINE	Sí
Inhibidores de COX2	No
Corticosteroides	
Prednisona	Sí
Metilprednisolona	Sí
Betametasona/Dexametasona	No
Bisfosfonatos	ND
Antipalúdicos	Sí
Inmunosupresores	
Metotrexato	No
Leflunomida	No
Azatioprina	Sí
Micofenolato	No
Ciclofosfamida	No
Ciclosporina	Sí
Tacrolimus	Sí
Inmunoglobulinas i.v.	Sí
Biológicos	
Belimumab	No
Rituximab	ND
Abatacept	No
Antagonistas del TNF	Sí
Antiagregantes/anticoagulantes	
AAS ($\leq$ 100 mg)	Sí
Clopidogrel	ND
HBPM	Sí
Cumarínicos	Sí
Rivaroxaban	No
Agentes anti-HTA	
Metildopa	Sí
Labetalol	Sí
Nifedipino	Sí
Hidralazina	Sí
Hidroclortiazida	Sí
IECA/ARBs	Sí/No

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; COX2: ciclooxigenasa 2; TNF: tumor necrosis factor; AAS: ácido acetilsalicílico a dosis antiagregante; HBPM: heparina de bajo peso molecular; HTA: hipertensión arterial; IECA: inhibidores del enzima conversor de la angiotensina; ARBs: bloqueadores del receptor de la angiotensina; ND: no datos.

Conflicto de intereses

E. Rodríguez Almaraz ha recibido financiación en concepto de ponencias, cursos y congresos de: Novartis, Roche, GSK, Menarini, Grünenthal, Abbvie, UCB y Lilly y becas de investigación MSD.

V. Martínez-Taboada ha recibido financiación de Roche para un proyecto de investigación independiente, y de Sanofi en concepto de ponencias.

El resto de los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.reuma.2019.09.004

Cómo citar este artículo: Delgado P, et al. Manejo del embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico/síndrome antifosfolípido. Parte 3. Parto. Puerperio. Lactancia. Anticoncepción. Recién nacido. Reumatol Clin. 2019. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.09.004