

Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XV Número 2, 2013 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Utilidad del Consejo pre-concepcional en enfermedades reumáticas autoinmunes

Useful of specific preconception care in women with autoimmune rheumatic diseases

Dinorah Marisabel Prada Hernández ^I, José Oliva Rodríguez ^{II}, Claudino Molinero Rodríguez ^{III}, Jorge Alexis Gómez Morejón ^{IV}, María Victoria Hernández Cuellar ^V, Jany Gil Prada ^{VI}

^I Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y 2do Grado en Reumatología

^{II} Especialista 2do Grado en Obstetricia y Ginecología

^{III} Especialista de 1er Grado Medicina Interna y 2do Grado Reumatología

^{IV} Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y 2do Grado en Reumatología

^V Especialista de 1er Grado en Inmunología.

^{VI} Especialista Primer Grado Medicina General Integral

Centro de Reumatología, Departamento de post grado de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre, Facultad de medicina 10 de Octubre. Hospital Ramón González Coro. Facultad Comandante Manuel Fajardo. "Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las enfermedades reumáticas pueden activarse durante el embarazo necesitando tratamiento para el control de la enfermedad y el adecuado término del embarazo. La mayor parte de las pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes están en edad reproductiva y desean tener descendencia. Las pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido tienen potenciales complicaciones durante el embarazo y necesitan cuidados médicos preventivos. El embarazo en las mujeres con enfermedades reumáticas representa un reto para pacientes y médicos y requiere de decisiones óptimas compartidas. Hemos realizado una revisión bibliográfica para estudiar la utilidad del consejo preconcepcional en embarazadas con enfermedades reumáticas.

Palabras clave: consejo preconcepcional, enfermedades reumáticas autoinmunes, embarazo.

ABSTRACT

Rheumatic diseases may be active during pregnancy necessitating drug treatment in order to control maternal disease activity and ensure a successful pregnancy outcome. The great majority of patients with autoimmune rheumatic diseases are young females in their reproductive years, willing to have babies. Patients with systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome diagnosis have probable complications during pregnancy so they need preventive medical care. Pregnancy in women with rheumatic diseases represents a challenge for patients and physicians and requires optimal shared decision-making strategies. Specific preconception care should be offered to women with rheumatic diseases to optimize and increase the chances of a

successful pregnancy. We made a literature review in order to study the usefulness of the preconception advice in pregnant women with rheumatic diseases.

Keywords: preconception care, autoimmune rheumatic diseases, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas autoinmunes están consideradas dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles; aunque su frecuencia no es elevada en la población general, la mayoría son mujeres y una gran parte de éstas se encuentran en edad reproductiva, por tanto la coincidencia de estas y embarazo no resulta un hallazgo infrecuente.

El curso del embarazo en las pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas está con frecuencia acompañado de complicaciones. Sin embargo, se han producido grandes avances en el conocimiento de las causas y el tratamiento de tales complicaciones. Esto permite en muchas ocasiones llegar a un resultado feliz, tanto para la madre como para el hijo, y ha supuesto que el embarazo en este grupo sea algo cada vez más habitual. En este sentido, muchos clínicos pueden tener la oportunidad de contribuir con los obstetras al buen manejo de este tipo de enfermas.¹

DESARROLLO

La obstetricia actual (medicina materno-fetal) ha logrado grandes éxitos en la reducción de la morbimortalidad materna, por lo que actualmente se ha centrado la atención en los aspectos fetales y neonatales, así como en identificar al subgrupo de mujeres embarazadas que requiere de una mayor vigilancia y cuidado a consecuencia de presentar factores de riesgo claramente identificables, sea antes o durante el embarazo. Para este fin es que existe el control prenatal, que consiste en un conjunto de acciones sistemáticas y periódicas destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad o mortalidad materna o perinatal. Aproximadamente el 70 % de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, por lo que su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo. Sin embargo, existen problemas perinatales como la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones; y desde el punto de vista materno, la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre-gestacionales, que requieren de estrategias orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos.²

La salud reproductiva ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción. La misma comprende la atención preconcepcional, prenatal, del parto, del recién nacido, del puerperio y neonatal precoz.³

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción es uno de los pilares para el

desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo.⁴

Podemos definir como riesgo reproductivo la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez. Por lo que es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado, y que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel muy importante el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), entendido este como la probabilidad real de sufrir daño, ella o su hijo si se involucrara en el proceso reproductivo.⁵⁻⁷

El RRPC se aplica a mujeres en edad reproductiva entre 15 y 49 años, no gestantes; el cual está condicionado por una serie de factores, enfermedades, circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.⁸ Es un indicador de necesidad que nos permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención.⁹

Teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizar, que una mujer tenga algún RRPC, debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado para disminuirlo antes del embarazo, siempre que sea posible modificarlo, atenuarlo o eliminarlo.

Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su hijo se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables.³

En Cuba se estima que entre el 15 % y el 25 % de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como riesgo preconcepcional.¹⁰

En países con mayor nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con RRPC es inferior a un 5 % y en algunos como Suecia y Japón son de 4 % y 3 % respectivamente.³ En países como Brasil, México y Venezuela se incrementa el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25 % o un 30 % del total de las mujeres.³

Se han trazado planes para una maternidad segura y una infancia feliz en diferentes escenarios a nivel mundial. El

riesgo se define como “la probabilidad de sufrir un daño no deseado, temporal o definitivo.”¹¹⁻¹³

Esta posibilidad de complicación es diferente y específica para cada factor predisponente, por lo cual, se han concebido programas y acciones de salud para reducir el efecto nocivo de dichos factores sobre la calidad de vida, un parto satisfactorio y la obtención de un individuo íntegro y capaz.¹⁴

Según se reporta en la literatura el consejo pre-concepcional debe incluir la valoración del riesgo pre-gestacional junto con actividades preventivas, de educación y promoción para la salud. La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y medicamentos utilizados para su control, así como factores psicosociales y de estilos de vida.²

Entre los datos recogidos en la historia clínica resulta de especial interés el conocimiento de las enfermedades crónicas que puedan condicionar el desarrollo del futuro embarazo. Además del riesgo inherente a la propia enfermedad, se suman los efectos adversos que la medicación crónica asociada puede suponer. Éste es el momento ideal para evaluar el tratamiento seguido y hacer los ajustes precisos. Las pacientes deben ser informadas sobre el efecto de la gestación en la enfermedad y de ésta y de su medicación sobre el feto.²

El cuidado preconcepcional consiste en las intervenciones que tienen como objetivo identificar y modificar los riesgos para el embarazo, ya sean médicas, conductuales o sociales. La evaluación y consejo preconcepcional dan la oportunidad de informar a la mujer sobre asuntos de fertilidad y de la gestación, identificar riesgos del embarazo tanto para la madre como para el feto, educar sobre dichos riesgos e instaurar intervenciones apropiadas antes de la concepción.²

Por tanto, nuestro objetivo al abordar este tema es ofrecer una información más amplia sobre la percepción del comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes que contribuirá al decrecimiento de la morbimortalidad materno-infantil relacionadas con estas causas.

DESARROLLO

La salud materna infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país, persigue como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.^{15,16}

Para lograr este indicador de salud del binomio madre-feto es necesario que existan las condiciones biológicas y psicológicas adecuadas, además de recibir una adecuada atención de salud durante el periodo gestacional, parto y puerperio.^{17,18}

Se llama “de alto riesgo” al embarazo en el cual el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente sub-óptimo en comparación a un embarazo normal. Se estima que alrededor de un 20 % de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80 % de los resultados perinatales adversos.²

Es importante optimizar la salud materna antes de la concepción para mejorar el resultado perinatal. Esto es especialmente importante en algunos grupos de mujeres, como aquellas con enfermedades pre-gestacionales (por ejemplo diabetes, fenilcetonuria), deficiencias nutricionales (folatos) y exposición a teratógenos (alcohol, warfarina), en las cuales el cuidado pre-concepcional ha mostrado reducir la morbimortalidad neonatal.²

En nuestro país, según las pautas establecidas en el programa de atención materno infantil (PAMI), las pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas están consideradas dentro de las enfermedades crónicas asociadas al embarazo y como parte del seguimiento de los cuidados obstétricos prenatales que pueden ofrecerse a estas pacientes en la interrelación de los 3 niveles de atención consideramos de particular importancia:

Dispensarización como riesgo pre-concepcional: Las pacientes portadoras de esta patología deben planificar su embarazo cuando la enfermedad se encuentre en remisión y realizar anticoncepción durante los periodos de actividad.

Una vez decidida la gestación:

Se debe realizar estudios humorales e inmunológicos para definir el estado clínico que permita un embarazo normal (en cada trimestre) y acorde con la actividad clínica de la enfermedad.

Seguimiento estrecho por ser consideradas de alto riesgo obstétrico, y deben ser evaluadas según protocolo por equipo multidisciplinario.

Las enfermedades reumáticas autoinmunes incluyen varias entidades como el lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, artritis reumatoide, esclerosis sistémica, vasculitis sistémicas y otras enfermedades como las espondiloartropatías. Históricamente, se desaconsejaba el embarazo en cualquiera de las mujeres con enfermedades reumáticas multisistémicas, debido al riesgo del deterioro de su condición o a sus tratamientos. En la actualidad esta opinión ha cambiado y el pronóstico depende de la combinación del buen control de la enfermedad y la planificación cuidadosa en el momento adecuado. Se deben tener en cuenta en el momento de decidir la gestación la actividad de la enfermedad, la exposición a drogas; así como los factores psicosociales.¹⁹

La edad fecunda, y la fertilidad son una consideración importante. La fertilidad no es generalmente afectada en el paciente reumático; sin embargo, existen factores que tienen

un impacto sobre la fertilidad como son sexo femenino y la amenorrea que suele acompañar a las drogas citotóxicas.¹⁹

Varios reportes de la literatura consideran que los embarazos en las pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas, particularmente LES o SAF, deben considerarse como de alto riesgo, y ser sometidos a un control riguroso y frecuente.^{1,20,21}

El lupus eritematoso sistémico es la enfermedad auto inmune sistémica que más frecuentemente compromete el embarazo ya que afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, no influyendo en la fertilidad. En las últimas décadas la mejoría en la supervivencia y en la calidad de vida del LES ha conducido a un aumento en el número de embarazos en estas pacientes a lo largo de su enfermedad. En el pasado la recomendación era evitar el embarazo debido a las complicaciones maternas y fetales.²² En los últimos años el mejor conocimiento y control de la actividad de la enfermedad, la planificación cuidadosa del embarazo, así como el seguimiento y tratamiento por un equipo multidisciplinario han logrado resultados maternos y fetales exitosos.^{23,24}

La infertilidad en el LES está asociada al uso de diferentes drogas, especialmente con ciclofosfamida. El riesgo de desarrollar fallo ovárico por esta droga está relacionado con la dosis total de la droga y su exposición a mujeres mayores de 35 años.²²

El manejo del embarazo en el LES debe comenzar antes de la concepción para optimizar el bienestar materno y fetal. La enfermedad por sí misma no es una contraindicación al embarazo pero es importante identificar los factores de alto riesgo que incluyen: una historia obstétrica previa adversa, compromiso renal y cardíaco, hipertensión pulmonar, enfermedad intersticial pulmonar, la actividad de la enfermedad, terapia con altas dosis de esteroide, anticuerpos antifosfolípido (AAF) y síndrome antifosfolípido (SAF), anticuerpos anti Ro y LA y multiparidad.²⁵

La enfermedad debería estar inactiva al menos 6 a 12 meses previa a la concepción. La presencia de AAF está asociada con trombosis materna y mortalidad fetal y la presencia de anti-Ro y anti-La puede causar bloqueo cardíaco en el 2 % de los bebés. La insuficiencia renal crónica está asociada con complicaciones obstétricas como desórdenes hipertensivos y abortos especialmente cuando ésta es severa. La enfermedad pulmonar restrictiva puede deteriorarse durante el embarazo debido a la compresión torácica por el crecimiento uterino.²²

En algunas situaciones el médico debería desaconsejar el embarazo. Las mujeres con actividad lúpica reciente o actual, con enfermedad renal, pulmonar o cardíaca severa así como las pacientes con SAF y trombosis reciente especialmente arterial deberían evitar el embarazo. La contraindicación absoluta del embarazo debe ser considerada en pacientes con hipertensión pulmonar sintomática que conduce a una

mortalidad materna mayor al 30 % durante el embarazo y el puerperio.²²

Uno de los mayores riesgos maternos en la gestación es la reactivación de la enfermedad. La morbilidad materna y fetal puede ser grave durante una exacerbación y el tratamiento puede estar limitado por el embarazo. No obstante, se ha demostrado en los últimos años que el embarazo en pacientes con LES no supone un riesgo alto siempre que la gestación sea planificada y posteriormente controlada por un equipo multidisciplinario.²⁶

El conocimiento de la influencia recíproca entre el lupus y el embarazo es un importante punto de partida para asegurar la correcta monitorización de las pacientes. El perfil inmunológico, los antecedentes de nefropatía, la historia obstétrica previa, el daño crónico y la actividad son puntos clave que condicionarán el perfil de riesgo. Un factor esencial del cual dependerá en gran medida el éxito del embarazo en las pacientes con LES, es la realización de una exhaustiva valoración preconcepcional, con el fin de evaluar de forma individualizada el riesgo de cada paciente permitiéndonos estimar el riesgo materno-fetal en cada uno de los casos, así como determinar la seguridad de la medicación, establecer un plan de actuación de forma individualizada e informar a la paciente adecuadamente sobre todos estos aspectos.^{1,20,21}

Las mujeres con LES mantienen tasas de fertilidad similares al resto de las mujeres; sin embargo están expuestas durante el embarazo a un número mucho mayor de complicaciones que la población general. Presentan mayor tasa de hipertensión arterial, diabetes gestacional y trombofilia, y tienen mayor frecuencia de complicaciones obstétricas, como pre eclampsia, nacimientos pre término o retraso del crecimiento intrauterino de dos a 4 veces superior.^{1,20,21,27-31}

Existen una serie de datos relativos al historial clínico de una paciente con LES que deberían constar obligatoriamente en toda valoración preconcepcional. La determinación de un perfil completo de auto anticuerpos antes del embarazo es fundamental, prestando atención específicamente a aquellos que pueden condicionar el manejo terapéutico y/o protocolo de seguimiento, como son los anticuerpos antifosfolípido y los anticuerpos anti-Ro y anti-La.²⁰

Otro aspecto importante es la historia obstétrica de la paciente. Debemos hacer constar el número de embarazos previos, si fueron a término o no, la vía del parto, el número de abortos y pérdidas fetales, los antecedentes de pre-eclampsia, síndrome HELLP (acrónimo inglés de Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelets), hipertensión arterial o trombosis en embarazos previos, los antecedentes de retraso en el crecimiento o bajo peso gestacional y si existe una historia de infertilidad hasta la fecha. Una historia obstétrica adversa confiere un riesgo añadido al futuro embarazo. Igualmente, la historia de trombosis previas en el contexto de un SAF constituye un factor adverso desde el punto de vista obstétrico.³²

La elección del tratamiento farmacológico de base del lupus durante el embarazo, por los efectos teratógenos o riesgo de morbimortalidad fetal que este pueda ocasionar es otra dificultad que se debe evaluar exhaustivamente, por lo que deben encontrarse sin tratamiento citotóxico (Ciclofosfamida, methotrexato, micofenolato de mofetilo) los 6 meses previos al embarazo.^{26,33}

Los avances en el diagnóstico y en el tratamiento del LES han mejorado sustancialmente el pronóstico del embarazo en este grupo de pacientes. Sin embargo, una morbilidad significativa sigue existiendo.³⁴

Según se reporta en la literatura las dos décadas anteriores nos han traído un mejor acuerdo de cómo responde al embarazo la actividad de la enfermedad en el LES. Los regímenes de tratamiento más novedosos han contribuido al control de la enfermedad y permitido que más pacientes con esta patología consideren el embarazo y la maternidad.³³

Aproximadamente el 1 % de la población general padece artritis reumatoide (AR), de ellos la mayoría son mujeres y una gran parte de éstas se encuentran en edad reproductora, por tanto la coincidencia de AR y embarazo no resulta un hallazgo infrecuente.³⁵ Sin embargo, y pese a su prevalencia entre la población femenina en edad fértil, la mutua influencia entre el embarazo y la AR es considerablemente benigna.¹

Con frecuencia el embarazo mejora la evolución de la AR. Algunos elementos a tener en cuenta en la valoración del consejo preconcepcional en estas pacientes es que una gran parte de ellas requerirán algún tipo de tratamiento durante el embarazo, de los que son potencialmente seguros. No obstante la decisión de embarazo en una paciente con AR debe retrasarse hasta conseguir un adecuado control de la enfermedad y una vez conseguido utilizar los fármacos inocuos para el feto.³⁶

El control voluntario de la natalidad, así como el hecho de poder establecer el mejor momento de la gestación en función de la actividad de la enfermedad y la necesidad de evitar el embarazo debido a la indicación de fármacos potencialmente teratógenos constituyen razones añadidas a las de la población general en mujeres portadoras de AR.³⁷

La esclerodermia (ES) es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que afecta predominantemente a mujeres, que ya han cumplido en su mayoría los 40 años, época en que ya está menguada la fertilidad de la mujer y se caracteriza, fundamentalmente, por alteraciones vasculares, anomalías inmunológicas y aumento del colágeno intersticial.³⁵

El embarazo en la esclerodermia puede tener un final satisfactorio tanto para la madre como para el niño aunque según reportes de la literatura las alteraciones detectadas obligan a realizar una precisa evaluación clínico-biológica de la enferma con esclerodermia antes, durante y después del embarazo.³⁵

El embarazo en la esclerosis sistémica con esclerodermia limitada leve suele tener una evolución satisfactoria, tanto para la madre como para el niño, siempre que se controle adecuadamente como un embarazo de alto riesgo.²⁶

A las enfermas con el subtipo difuso y menos de 5 años de evolución se les debe desaconsejar el embarazo, y si están embarazadas han de incluirse en un programa de seguimiento de alto riesgo obstétrico, ya que en los primeros años de la enfermedad es cuando se puede desarrollar una crisis renal esclerodérmica que podría complicar el embarazo.³⁸

No debería aconsejarse el embarazo en pacientes con afección moderada-grave, sobre todo con afección pulmonar, cardíaca, renal o dérmica, pues aumenta sustancialmente la morbimortalidad.²⁶

En relación con las vasculitis sistémicas y miopatías inflamatorias idiopáticas estas suelen aparecer en mujeres de edad más avanzada y cursar con una afectación sistémica, por lo que la coexistencia con el embarazo no suele ser frecuente. En fase activa de estas enfermedades se contraindica el embarazo.²⁶

A pesar de lo infrecuente de la asociación de PM/DM y embarazo las pacientes portadoras de esta entidad deben planificar su embarazo cuando la enfermedad se encuentre en remisión y realizar anticoncepción durante los periodos de actividad, pues las pacientes diagnosticadas durante el embarazo son de difícil control y la mortalidad embrio-fetal es elevada. En opinión de algunos investigadores exceptuando a las mujeres en situación de gran actividad, un embarazo puede desarrollarse de modo «casi normal» en este grupo de pacientes. De hecho, a menudo lo hace. Por tanto, no hay razones para desaconsejarlo a priori. Aunque, como en cualquier otro embarazo, la mayor proporción de su cuidado y control corresponde al obstetra, es importante la colaboración con el internista o el reumatólogo, y en ocasiones el hematólogo, para anticiparse en lo posible a la aparición de problemas derivados de la enfermedad de base. La experiencia cada vez mayor en este terreno nos debe permitir enfrentarnos y resolver, una serie de circunstancias que hasta hace pocos años condicionaban el futuro de la madre y el hijo.¹

Como bien se señala en la literatura las pacientes con enfermedades autoinmunes al igual que las mujeres supuestamente sanas deben planificar el embarazo, llevar una dieta sana y ejercicio apropiado, siendo recomendaciones importantes no fumar, no usar drogas ilícitas, o beber alcohol.¹⁹

En nuestra experiencia en la práctica clínica diaria una interrogante frecuente de nuestras pacientes y sus familias es la posibilidad de que su hijo herede la enfermedad o las posibles complicaciones que pueda presentar el niño en su vida futura relacionada con la patología de su mamá, por ello se hace necesario explicar con un lenguaje claro y sencillo todas estas interrogantes y la necesidad de que cumplan el

seguimiento estricto durante la gestación para diagnosticar precozmente cualquier alteración relacionada con el perfil clínico e inmunológico individualizado de cada paciente que pueda contribuir a la aparición de complicaciones durante la gestación y el puerperio.

En el Programa de planificación de la familia, la OMS señala el derecho de la pareja a decidir cuándo tener los hijos y cuantos quiere, de manera que la gestación ocurra en el momento más favorable para la madre, el niño y la familia, lo que proporcionará que existan las condiciones apropiadas para su desarrollo integral.³⁹

Debido a las políticas de salud establecidas por la Revolución, Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados, donde contamos con un programa integral de salud con enfoque preventivo comunitario, que nos permite el seguimiento y control adecuado de estas pacientes y por tanto la disminución de la morbimortalidad por estas enfermedades en el curso de la gestación.

En nuestro centro en los últimos años ha existido un incremento en la gestación de pacientes con enfermedades autoinmunes más frecuentes en pacientes con LES, SAF y AR, y hemos logrado con éxito el desarrollo de un embarazo y puerperio feliz a partir del seguimiento estricto multidisciplinario, y el cumplimiento de las pautas establecidas en el programa materno infantil.

Consideramos al igual que otros investigadores que estas entidades pueden constituir un problema de salud y un factor esencial del cual dependerá en gran medida el éxito del embarazo es la realización de una exhaustiva valoración preconcepcional, que nos permitirá estimar de forma individualizada el riesgo materno-fetal en cada uno de los casos, así como la valoración de la seguridad en la medicación. Tanto las pacientes como la familia deben ser adecuadamente informadas de los riesgos generales e individuales; así como las situaciones de especial alto riesgo y las contraindicaciones del embarazo. Una vez evaluados todos estos aspectos y si la enfermedad está controlada debemos decidir si la paciente puede o no quedarse embarazada e informarles el protocolo de seguimiento durante el mismo; el cual se realizara por un equipo multidisciplinario que promoverán mejores resultados para la madre y bebé.

Recomendamos encaminar esfuerzos para brindar e incrementar acciones de promoción y prevención de salud dirigidas a este grupo de pacientes con alto riesgo para lograr su control efectivo y un embarazo y puerperio feliz.

Agradecimientos

Agradecemos al Doctor en Ciencias Médicas José Oliva Rodríguez, Profesor Titular y Consultante y Jefe del Servicio de Medicina Materno-Fetal del Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro, por habernos transmitido sus conocimientos acerca de esta problemática, durante su

participación en el evento realizado recientemente por el colectivo de trabajo del Centro de Reumatología del HDCQ "10 de Octubre", cuyo tema fundamental fue "Enfermedades reumáticas autoinmunes y embarazo", lo cual nos incentivó a la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz-Irastorza G, José Cuadrado B, Khamashta Munther A. *Enfermedades autoinmunes sistémicas durante el embarazo. Una aproximación práctica. Med Clin*. 1998;111:785-97.
2. Donoso Bernales B, Oyarzún Ebensperger E. *Embarazo de alto riesgo. Medwave [revista en Internet]. 2012 Jun [citado 20 septiembre 2013];12(5). Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429>*
3. Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI, Pupo Damas H. *Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. Correo Científico Médico de Holguín [revista en Internet]. 2008 [citado 20 septiembre 2013];12(3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/n123ori10.html>*
4. Álvarez Fumero R, Urra Cobas LR y Aliño Santiago Mirian. *Repercusión de los Factores de Riesgo en el Bajo Peso al Nacer. RESUMED*. 2003;14(3):115-21.
5. Cabeza Cruz E. *Riesgo Preconcepcional. Metodología y control en Procederes de Obstetricia y Ginecología para médicos de la familia. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1998. p. 5-7.*
6. Duran Santos MC. *Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2004;132(4)10.
7. Rigol Ricardo O, Sinobas del Olmo H, Farnot Caldos V. *Obstetricia y Ginecología. Riesgo Obstétrico. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 2002.*
8. Lugones Botell M, Quintana T. *Origen de la anticoncepción. Rev. Cubana de Medicina General Integral*. 2004;12(4).
9. Lugones Botell M, Riverón Quintana. *Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo de trabajo. Rev. Cubana de Medicina General Integral*. 2003;11(2).
10. World Health Organization. *Considerations regarding reuse of the female condom. Unpublished paper. WHO*. 2002
11. Cunningham FG, Mc Donald PC, Gant NF. *Williams. Obstetricia 21 ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002. p. 173-87.*

12. Regueiro Naranjo J. Comportamiento del riesgo preconcepcional. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*. 1998;14(2):160-4.
13. Rosell Juarte E, Delgado Hernández M, Trufero Cánovas. Riesgo reproductivo preconcepcional. *Archivo Médico de Camagüey [revista en Internet]*. 2006 [citado 20 septiembre 2013];10(6). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117906005>
14. Navas Ábalos N; Martínez A, Castillo Fernández F. A, Campos Martínez. Caracterización del riesgo preconcepcional. *Archivo Médico de Camagüey [revista en Internet]*. 2006 [citado 20 septiembre 2013];10(2):1-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117864007>
15. Garrido R C. Riesgo Reproductivo en: Álvarez Sintés. *Temas de Medicina General Integral. La Habana. Ed. Ciencias Médicas; 2001. p. 273-8.*
16. Lugones Botell E, Jiménez Acosta S. El Riesgo Preconcepcional y la planificación familiar como estrategia de salud del médico de familia. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*. 2001;10(3):453-5.
17. Ories gracias A, Rodríguez Gary J. Prevención del Riesgo preconcepcional por el médico de la familia y su repercusión en los resultados perinatales en el período 1996 al 2002. *Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2003;21(1-2):35-8.
18. Estrada R, Vidal H, Fernández E. Riesgo Preconcepcional y producto de la concepción. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*. 2000;13(6):560-4.
19. Jain A, Gordon C. Managing pregnancy in inflammatory rheumatological diseases. *Arthritis Research & Therapy [revista en Internet]*. 2011 [citado 20 septiembre 2013];13(206). Disponible en: <http://arthritisresearch.com/content/13/1/206>
20. Ugarte A, Villar I, Ruiz-Irastorza G. Manejo del embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev Clin Esp [revista en Internet]*. 2012 [citado 20 septiembre 2013]. Disponible en: <http://dx.org/10.1016/j.rce.2011.11.003>
21. Ruiz-Irastorza G, Khamashta MA. Lupus and pregnancy. Integrating clues from the bench and bedside. *Eur J Clin Invest*. 2011;41:672-8.
22. Alba P, Álvarez AD, Crespo Roca F. Lupus y embarazo. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2007;64(4):115.
23. Khamashta MA. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006;20:685-94.
24. Cervera R, Font J, Carmona F, Balasch J. Pregnancy Outcome in systemic lupus erythematosus. Good news for the new millennium. *Autoimmun Rev*. 2002;1:354-9.
25. Ruiz-Irastorza G, Khamashta MA. Lupus and pregnancy: Ten questions and some answers. *Lupus*. 2008;17:416-20.
26. Cervera Segura R, Cordero Botejara A, Oltra Sempere MR, Martínez Zamora MA. Embarazo y enfermedades autoinmunes sistémicas: Jano [revista en Internet]. 2006 [citado 20 septiembre 2013];1(619). Disponible en: http://revistasar.org.ar/revistas/2007/numero_1/articulo_s/editorial.pdf
27. M Nares-Torices.Á, Hernández-Pacheco JA, Estrada-Altamirano A, Mendoza-Calderón A, Cervera-Buenfil CI, Villalva-Hernández L. D, Muñoz V. A. Lupus eritematoso sistémico activo durante el embarazo. Curso clínico y pronóstico en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Perinatol Reprod Hum [revista en Internet]*. 2012 [citado 20 septiembre 2013];26(2):96-105. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000200004
28. Mintz G, Niz J, Gutiérrez G, García-Alonso A, Karchmer S. Prospective study of pregnancy in systemic lupus erythematosus. Results of a multidisciplinary approach: *J Rheumatol*. 1986;13:732-9.
29. Lockshin MD. Pregnancy does not cause systemic lupus erythematosus to worsen. *Arthritis Rheum*. 1989;32:665-70.
30. Petri M, Howard D, Repke J. Frequency of lupus flare in pregnancy. The Hopkins Lupus Pregnancy Center experience: *Arthritis Rheum*. 1991;34:1538-45.
31. Pérez Gómez A. Protocolo terapéutico del embarazo en una paciente con lupus eritematoso sistémico y/o síndrome antifosfolípido. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2013;11(32):2006-11.
32. Ruffatti A, Calligaro A, Hoxha A, Trevisanuto D, Ruffatti AT, Gervasi MT, et al. Laboratory and clinical features of pregnant women with antiphospholipid syndrome and neonatal outcome: *Arthritis Care Res*. 2010;62:302-7.
33. Bonnie L, Bermas LD. Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy: *Lupus Erythematosus*. New York: Ed. Springer; 2012. p. 183-96.
34. Alba P. Nefritis lúpica y embarazo en el siglo 21: *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba- Argentina*. 2009;66(4):137-9.

-
35. de Man YA, Dolhain RJ, van de Geijn FE, Willemsen SP, Hazes JM. Disease activity of rheumatoid arthritis during pregnancy: Results from a Nationwide Prospective Study: *Arthritis Rheum.* 2008;59:1241-8.
36. E. Meriño-Ibarra, C. Delgado Beltrán. Artritis reumatoide: ¿cómo usar los fármacos en el embarazo y la lactancia?: *Reumatol Clin.* 2011; 7(4):262-66
37. Juanola Roura X; Ríos Rodríguez V; De la Fuente de Dios D. Fármacos durante el embarazo y métodos contraceptivos en enfermedades reumáticas: Nuevas aportaciones. *Revisiones.* 2010;06(01).
38. Jiménez FX, Simeón CP, Fonollosa V, Espinach J, Solans R, Lima J, Pérez-Bocanegra C, Vilardell M. Esclerodermia y embarazo, complicaciones obstétricas y repercusión del embarazo en el curso de la enfermedad: *Medicina clínica.* 1999;113(20).
39. Sexualidad/Mujer: alerta de la OMS. Informe sobre salud reproductiva OMS. [serial online] 2004 [citado 20 septiembre 2013]. Disponible en: <http://wwwnews.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/newsid3752000/37527033.stm>
-

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 26 de septiembre de 2013

Aprobado: 29 de septiembre de 2013

Contacto para la correspondencia: Dra. Dinorah Marisabel Prada Hernández. E-mail: dinoprada@infomed.sld.cu
Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Calzada de 10 de Octubre No 122, esquina Agua Dulce. Cerro. La Habana, Cuba.