

Nº 2
AÑO 2008

Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Información conjunta GETECCU/ACCU España



Embarazo y Enfermedad Inflamatoria Intestinal

S. García López, F. Gomollón García y R. Vicente Lidón



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA



ACCU
ASOCIACION DE ENFERMOS
DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA
DE ESPAÑA

Nº 2
AÑO 2008

Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Información conjunta GETECCU/ACCU España

Embarazo y Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Santiago García*, **Fernando Gomollón ****, **Raquel Vicente***. * Servicio de Aparato Digestivo Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ** Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

En las web www.geteccu.org/Geteccu/pacientes.asp y www.accuesp.com se encuentra disponible la primera edición de estos boletines:

1. Nutrición, dieta y EII
2. Medicamentos en la EII
3. Afectación articular en la EII
4. Embarazo y EII
5. EII en la infancia
6. El cáncer colorrectal y la EII
7. Cirugía en la EII
8. Enfermedad perianal
9. Ostomías
10. Alteraciones óseas: Osteoporosis y Osteopenia en EII
11. ¿Dieta alta o baja en fibra en la EII?
12. Efectos adversos de fármacos
13. Abordaje quirúrgico de la EII
14. Adhesión al tratamiento en la EII
15. Terapias alternativas y EII

COMITÉ EDITORIAL

Miguel Ángel Gassull (GETECCU)

Joaquín Hinojosa (GETECCU)

Ildefonso Pérez (ACCU España)

León Pecasse (ACCU España)

adalia[®]

madrid
calle Chile, 4 - Edificio II - 2ª planta - oficina 40
28290 Las Matas, Madrid

ISSN 1696-6678
Dep. legal: M-53030-2002

© 2008 Adalia farma, S. L.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma, ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso escrito de los titulares del Copyright.



Embarazo y Enfermedad Inflamatoria Intestinal

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tanto la colitis ulcerosa (CU) como la enfermedad de Crohn (EC), suele manifestarse en personas jóvenes. Esto, unido a su carácter crónico, hace que la EII se manifieste en plena edad reproductiva de las personas, cuando están deseosas de formar una familia, con las dudas que en muchos casos les plantea. Intentaremos responder los interrogantes más importantes que se plantean a una pareja en la que uno de ellos (o incluso los dos) padece una EII, a la hora de formar una familia, tanto antes como durante y después del embarazo. Aunque nos centraremos especialmente en la mujer con EII, no nos olvidaremos del padre, afectado o no por la enfermedad.

ASPECTOS PREVIOS AL EMBARAZO

¿Podremos tener hijos?

Esta es la primera pregunta que se hacen muchas personas con una EII cuando piensan formar una familia. De forma general podemos decir que los pacientes con EII, sean varones o mujeres, que padecen una EC o una CU, tienen en general la misma capacidad de tener hijos (fertilidad) que la población sana. No obstante, si la enfermedad se encuentra activa y la persona no se encuentra bien, es indudable que la libido disminuye. Además, en los pacientes operados sí puede estar disminuida la fertilidad en algún caso (aislados casos de impotencia tras la cirugía pélvica en los varones o infertilidad post-cirugía en las mujeres). Otra posible causa de infertilidad en el varón es la toma de sulfapiridina (sulfasalazina, salazopirina®), medicamento que produce alteraciones en los espermatozoides. Estas anomalías son totalmente reversibles en unos 2 meses tras la retirada del medicamento y no se producen con los nuevos salicilatos (Pentasa®, Claversal®, Lixacol®, Salofalk®).

¿Herederán nuestros hijos la enfermedad?

La EII tiene sin duda una base genética cada vez mejor conocida, pero no puede considerarse como una enfermedad hereditaria. La probabilidad de que el hijo o la hija de una pareja con uno de los padres afecto de EII tenga la enfermedad es del 3-8%, aproximadamente, mientras que si ambos padres la tienen, esta probabilidad asciende hasta el 15-30%,

sobre todo si los progenitores tienen una EC. En algunas ocasiones debemos considerar la posibilidad de la adopción.

¿Cuándo es el “mejor momento” para el embarazo? ¿Hay que suspender algún tratamiento de los que se está tomando antes de intentar el embarazo?

Como veremos más adelante, en el caso de que sea la mujer la afectada de una EI, la situación de su enfermedad en el momento de la concepción marca en gran medida su curso durante la gestación (y por ende el desarrollo del futuro niño). Por ello, podemos decir que el embarazo idealmente debe ser “programado”, en un momento en que la enfermedad de la madre se encuentre inactiva. Así, cuando la pareja decida buscar un embarazo (con la futura madre en remisión de su enfermedad), debería comentarlo con su médico, por si es necesario hacer algún cambio en su tratamiento. Así, algunos medicamentos deberán ser retirados unos meses antes de la concepción, mientras que otros deberán ser continuados. De esta forma, la futura madre no debe haber tomado en ningún caso, al menos en los 3-6 meses previos, talidomida ni metotrexato, así como algunos antibióticos (metronidazol y ciprofloxacino). Por el contrario, la supresión de cualquier otro tratamiento (incluidos inmunosupresores y terapias biológicas), puede tener consecuencias muy negativas. Por ello, aunque es muy frecuente que la futura madre no quiera tomar ningún fármaco en esos momentos, cualquier modificación de su medicación debe ser discutida antes con el médico que le informará de los riesgos-beneficios en su caso concreto. Finalmente, durante este periodo previo a la gestación es recomendable que la paciente reciba algún suplemento vitamínico que incluya ácido fólico.

Si es el padre el afectado de una EI, la única modificación obligada en su tratamiento cuando se persigue un embarazo, es retirar el metotrexato 3-6 meses antes. El resto de medicamentos que reciba, posiblemente deberá continuarlos, aunque lo ideal sería comentarlo con su médico.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES DURANTE EL EMBARAZO

¿Cómo influirá el embarazo en el curso de la enfermedad?

Ya hemos mencionado que, tanto en la EC como en la CU, es fundamental que la mujer se quede embarazada en un momento de inactividad de la enfermedad. Si esto es así, con gran probabilidad todo irá bien en la gestación, tanto para la madre (incluso mejora en algunos casos) como para el feto. Por el contrario, si la concepción tiene lugar durante un brote, el control del mismo no siempre es sencillo y la enfermedad puede empeorar (sobre todo en el primer trimestre), o mantenerse activa durante todo el embarazo. De todas formas, incluso en estos casos, habitualmente el niño nacerá sano.

La mujer con CU que queda embarazada estando inactiva la enfermedad tiene la misma probabilidad de tener un brote que si no estuviera embarazada. Si el brote ocurre, lo suele ha-

cer durante el primer trimestre y, si se controla adecuadamente, la paciente suele mantenerse bien durante toda la gestación. Por el contrario, si la enfermedad está activa en el momento de la concepción, puede permanecer activa durante el resto del embarazo y, a veces, empeorar si no se aplica un tratamiento a tiempo. De forma similar, en el caso de la EC, si la enfermedad no está activa en el momento de la concepción, suele mantenerse así durante todo el embarazo, mientras que si aquella estaba activa puede permanecer así, no siendo fácil su control con el tratamiento.

Y si estoy operada, ¿tendré algún problema añadido al quedarme embarazada?

Cada caso es diferente en función de lo reciente de la intervención, de la causa de la misma y del tipo de cirugía practicada. Las pacientes con extirpación previa del colon y reconstrucción mediante reservorio, habitualmente mantendrán un adecuado funcionamiento del mismo durante el embarazo. Aunque el parto por vía vaginal puede ser posible, muchos médicos optan por programar una cesárea para evitar problemas posteriores de continencia. Las pacientes con colectomía total e ileostomía presentan con frecuencia (60%) alguna alteración de su función, pero habitualmente poco importante, como por ejemplo dificultad para la fijación de la bolsa a la piel o un pequeño prolapso de la ileostomía.

Y si tengo un brote de la enfermedad durante el embarazo, ¿son seguros los medicamentos para el feto?, ¿y si me tienen que operar?

Revisaremos la seguridad durante el embarazo de los medicamentos habituales para el tratamiento de la EII (Tabla I). Prácticamente todos los fármacos empleados en el tratamiento de la EII pasan al feto a través de la placenta. Sin embargo, algunos de ellos son totalmente seguros y sus beneficios superan con creces sus riesgos potenciales. Al igual que sucede con cualquier fármaco, por inofensivo que nos pueda parecer, éste debe ser tomado con conocimiento de nuestro médico para evitar riesgos para el feto.

Salicilatos

Son dos los tipos de salicilatos disponibles: la sulfasalazina (Salazopirina®) y la mesalazina, ésta con sus diferentes formulaciones (Pentasa®, Claversal®, Lixacol®, Salofalk®). La seguridad de ambos tipos de salicilatos durante el embarazo está avalada por una gran experiencia acumulada durante muchos años. Si la paciente toma cualquiera de estos medicamentos antes de quedarse embarazada (o si los precisa durante la gestación), deberá seguir tomándolos. En caso de tratamiento tópico con estos fármacos (supositorios, espuma rectal o enemas), no existe tampoco ningún riesgo, ya que no son absorbidos por el organismo.

Tabla I. Seguridad de los medicamentos más habituales en el tratamiento de la EII durante el embarazo.

Seguros	Probablemente seguros	Contraindicados
<ul style="list-style-type: none"> • Sulfasalazina • Mesalazina • Corticoides • Azatioprina (puede considerarse seguro) • Mercaptopurina (puede considerarse seguro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol (pautas cortas y fuera del 1^{er} trimestre) • Ciprofloxacino (pautas cortas y fuera del 1^{er} trimestre) • Infiximab • Adalimumab • Loperamida (evitarlo en 1^{er} trimestre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Metotrexato • Talidomida • Tacrolimus • Difenoxilato

Sulfasalazina (Salazopirina®), Mesalazina (Pentasa®, Claversal®, Lixacol®, Salofalk®), Corticoides (Dacortin®, Urbason®), Azatioprina (Imurel®), Mercaptopurina (Mercaptopurina wellcome®), Metronidazol (Flagyl®), Ciprofloxacino (Rigorán®, Baycip®, Cunesín® y otros), Infiximab (Remicade®), Adalimumab (Humira®), Loperamida (Fortasec®, Imodium®), Metotrexato (Metoject®, Metotrexato lederle®), Talidomida, Tacrolimus (Progra®), Difenoxilato (Protector®)

Corticoides

La experiencia acumulada, tanto en mujeres con EII como en otras con diferentes enfermedades en las que también se necesita el uso de corticoides, demuestra que estos medicamentos son bastante seguros durante la gestación. Cuando es preciso tomarlos, por la existencia de un brote cuando menos moderado de la enfermedad, sus beneficios superan con creces a sus riesgos. No olvidemos que lo más peligroso para el feto es la enfermedad de la madre mal controlada. Sin embargo, conviene recordar los efectos secundarios generales de los corticoides y, especialmente, algunos que son más frecuentes durante el embarazo. Así, la aparición de hipertensión y diabetes asociadas al embarazo es más frecuente cuando se reciben corticoides, por lo que la madre deberá ser controlada por su médico de forma más estrecha de lo habitual.

Antibióticos

El uso de antibióticos se plantea frecuentemente en el embarazo, a veces por la EII y otras por procesos infecciosos intercurrentes. Si la indicación del tratamiento antibiótico es una infección, se elegirá uno de los que han demostrado su seguridad de forma más clara. Si el antibiótico se requiere por un problema relacionado con la EII, lo más habitual es que se plantee el uso de metronidazol (Flagyl®) y/o ciprofloxacino (Rigorán®, Baycip®, Cunesín® y otros). Ambos antibióticos pueden utilizarse, pero sólo durante periodos de tiempo cortos y fuera del primer trimestre.

Antidiarreicos

Los más utilizados (loperamida: Fortasec®, Imodium®, y difenoxilato: Protector®) pasan por la placenta al feto. Aunque posiblemente sean seguros, los datos disponibles son escasos y se han descrito aislados casos de malformaciones fetales en pacientes que los estaban tomando durante el primer trimestre. Por tanto, se recomienda restringir su uso a aquellas situaciones de diarrea que no puedan controlarse mediante dieta y la administración de suplementos de fibra. Si es preciso tomar uno de ellos, es preferible el uso de loperamida.

Azatioprina y 6-mercaptopurina

Si bien se ha discutido durante años su seguridad en el embarazo y aún hoy no es raro que algunos médicos recomienden su retirada en la mujer que desea quedarse embarazada, este “miedo” no está basado en hechos reales. Así, hay bastantes datos que muestran la seguridad de estos fármacos utilizados antes y durante el embarazo, y ponen de manifiesto lo peligrosa que puede resultar su retirada para el curso de la enfermedad. No olvidemos que las pacientes que toman estos medicamentos lo hacen porque su EII se ha comportado de forma relativamente agresiva antes del embarazo. La inmensa mayoría de las pacientes que tomaban estos fármacos antes del embarazo deberán seguir tomándolos. Este es un punto muy importante a nuestro juicio, por las consecuencias que puede tener.

Metotrexato

El metotrexato puede producir malformaciones fetales, así que no se puede tomar durante la gestación, en ningún caso. Por el mismo motivo hay que retirarlo antes de la concepción, sea el varón o la mujer quien los tome, y no se puede tener hijos hasta pasados 3-6 meses de la última toma. Los pacientes que reciben este fármaco deben tomar medidas anticonceptivas eficaces y ser conscientes de este importante aspecto.

Terapia biológica (infliximab, adalimumab)

Aunque los dos agentes biológicos disponibles (infliximab, Remicade® y adalimumab, Humira®) pueden atravesar la barrera placentaria, parecen seguros para el feto. En el caso de infliximab, en las más de 150 mujeres embarazadas tratadas con este fármaco por una EC, no se ha demostrado un incremento en el riesgo de malformaciones fetales. En el caso del otro medicamento biológico comercializado, adalimumab, aunque disponemos de menos datos, tampoco se han documentado malformaciones. De esta forma, y con la cautela derivada de lo limitado de los datos disponibles, cada caso concreto debe ser valorado de forma individual, sopesando los riesgos y beneficios y tomando una decisión conjunta con la futura madre.

“Otros tratamientos”

Durante el embarazo es frecuente que se tengan que tomar medicamentos por otros problemas no relacionados con la EII. Es imposible hacer un repaso exhaustivo de la seguridad de todos ellos, pero en la Tabla II exponemos algunos de los más habituales. En cualquier caso se debe comentar con el médico cualquier medicamento que la mujer precise durante la gestación.

Cirugía

En las mujeres embarazadas con EII que precisen cirugía urgente por una complicación de la enfermedad, ésta deberá ser realizada asumiendo el riesgo para el feto, que será mayor cuanto menos avanzada esté la gestación. En el resto de casos se deberá evitar la cirugía.

¿Y si me tienen que hacer alguna prueba diagnóstica?

La realización de algunas pruebas diagnósticas es totalmente inofensiva, como por ejemplo el cultivo de heces, los análisis de sangre o las ecografías, mientras que aquéllas que requieren radiación (radiografías y scanner) están contraindicadas, excepto en casos muy concretos. La necesidad de practicar una colonoscopia completa es poco frecuente durante el embarazo y debe evitarse. En estos casos suele ser suficiente la exploración endoscópica limitada de los últimos centímetros del colon (rectoscopia o rectosigmoidoscopia), prueba que es totalmente segura para el feto, incluso cuando el embarazo está muy avanzado.

Tabla II. Recomendaciones sobre el uso durante el embarazo y lactancia de algunos “medicamentos frecuentes” no relacionados con el tratamiento de la EII.

	Tipo de medicamento	Permitidos	Prohibidos
Embarazo	• Antibióticos	• Amoxicilina, cefalosporinas eritromicina	• Tetraciclinas, sulfamidas
	• Analgésicos	• Paracetamol	• Algunos antiinflamatorios
Lactancia	• Antibióticos	• Amoxicilina	• Metronidazol, ciprofloxacino
	• Analgésicos	• Paracetamol	

¿Afecta la enfermedad al correcto desarrollo del embarazo y del feto?, ¿el parto será normal?

En este aspecto concreto disponemos de nuevos estudios recientes que analizan el desarrollo fetal en un elevado número de gestaciones. Estos datos muestran que el embarazo en mujeres con EII, tanto EC como CU, tiene un mayor riesgo de parto prematuro (doble de lo normal). Además, en el caso de la EC se demuestra mayor riesgo de recién nacido de bajo peso y de parto por cesárea, algo que no sucede en la CU. En cuanto a las malformaciones fetales, y aunque algún estudio aislado ofrece ciertas dudas, no parecen más frecuentes que en la población general (entorno al 3%). En cualquier caso, todos estos aspectos dependen en gran medida de circunstancias individuales de cada paciente, tales como la actividad antes y durante el embarazo, la gravedad de la enfermedad, etc. Es esencial tratar de forma rápida y adecuada los brotes que puedan acontecer durante la gestación, ya que es mucho más peligroso para el feto la enfermedad mal controlada que los posibles efectos secundarios de los tratamientos. La rápida visita al médico es así fundamental. Aunque se solía considerar como “embarazo de riesgo” sólo en la EC, creemos que también en la CU debe ser considerado y controlado por el obstetra como tal.

En cuanto al parto, en las pacientes con CU, la mayoría de las ocasiones será posible realizarlo por la vía vaginal normal. Sin embargo, y como ya hemos mencionado, en las mujeres con EC sí es algo más frecuente que el parto sea por cesárea. En algunos casos será por decisión obstétrica, pero en otros por la patología perianal que presenta la paciente. Así, si la enfermedad perianal está activa, muy probablemente será conveniente la realización de una cesárea para evitar la episiotomía (corte realizado para ampliar la apertura del canal de salida en el parto por vía vaginal), que podría empeorar la enfermedad perianal.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES TRAS EL PARTO

Tras el parto, ¿podré dar de mamar a mi hijo?, ¿empeorará el curso de mi enfermedad?

La lactancia materna es muy deseable de forma general para cualquier madre, siendo también así en el caso de la mujer con EII. No obstante, la posibilidad de lactancia materna va a depender de los medicamentos que tome la madre y de su seguridad para el bebé, ya que muchos de ellos pasan a la leche materna (Tabla III). Medicamentos seguros durante la lactancia son la mesalazina, la sulfasalazina, y los corticoides, aunque en el caso de estos últimos se recomienda distanciar la toma del medicamento por la madre de la toma de leche del bebé, sobre todo si la madre toma más de 20 mg de prednisona (Dacortín®) al día. Sin embargo, el resto de medicamentos, incluidos los antidiarreicos, los antibióticos (en concreto los utilizados en los brotes de la enfermedad: metronidazol y ciprofloxacino), la ciclosporina y por supuesto el metotrexato deben evitarse durante la lactancia, porque pasan a la leche materna y pueden ser dañinos para el niño. Mención especial merece la azatio-

Tabla III. Seguridad de los medicamentos más habituales en el tratamiento de la EII durante la lactancia.

Seguros	Contraindicados
<ul style="list-style-type: none">• Sulfasalazina• Salicilatos• Corticoides	<ul style="list-style-type: none">• Metotrexato• Metronidazol• Ciprofloxacino• Talidomida• Tacrolimus• Antidiarréicos• Azatioprina/mercaptopurina• Terapia biológica

Véase pie de Tabla I para ver los nombres comerciales.

prina y las terapias biológicas. En las pacientes en tratamiento con azatioprina parece más recomendable la lactancia artificial que la suspensión de la medicación, sobre todo si la enfermedad ha tenido un curso previo complicado, para evitar riesgos innecesarios. En el caso de infliximab y adalimumab también se recomienda la lactancia artificial, aunque existen pocos datos sobre su paso a leche materna y posterior absorción vía digestiva por parte del niño.

Por otra parte, el embarazo y el parto no parecen incidir negativamente en la evolución posterior de la EII (tanto de la CU como de la EC). Incluso hay algunos estudios que sugieren una disminución del número y la intensidad de los brotes en años siguientes.

RESUMEN

La formación de una familia es sin duda un hecho maravilloso y nos llenará de satisfacciones. Para que una pareja con EII tenga un embarazo y un parto sin problemas es importante no olvidar algunos consejos. En primer lugar, el embarazo debe ser “programado” y la concepción debería tener lugar en un momento de inactividad de la enfermedad. Algunos fármacos deben ser suspendidos al menos 3-6 meses antes, teniendo siempre presente que cualquier modificación del tratamiento en esos momentos debe ser consensuada entre la futura madre y su médico. La toma de suplementos vitamínicos que incluyan ácido fólico, previa a la concepción, es muy recomendable. Un aspecto esencial, especialmente en el caso de la EC, es dejar de fumar siendo éste es sin duda el momento ideal. En cuanto la paciente sepa que está embarazada, debe ponerse en contacto con el médico que controla su EII,

así como con el obstetra. Una comunicación fluida entre ambos es fundamental para que todo vaya bien. Durante todo el embarazo, ante el mínimo dato de inicio de un brote es necesario contactar con el médico para un rápido y correcto tratamiento, si es necesario. Finalmente, la lactancia materna será posible si los tratamientos que recibe la madre lo permiten. Queremos recalcar una vez más la importancia de la comunicación entre la madre y su médico durante el embarazo, tomando las decisiones sobre los tratamientos conjuntamente. La información que recibe la madre, teniendo en cuenta el mejor conocimiento disponible y las particularidades de su caso, es esencial a la hora de tomar las decisiones terapéuticas correctas, antes y durante el embarazo.

Finalmente, y aunque hay algunos riesgos que no hay que ocultar, queremos terminar recalcando que en la mayoría de las ocasiones todo suele ir bien durante el embarazo y que si no ha sido así, especialmente si la concepción tuvo lugar cuando la EII estaba en brote, la evolución de un embarazo concreto no predice el curso de los siguientes.



www.ferring.com



XX-XX-XX-XXXX

