

## ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y GESTACIÓN

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

### ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	Pag 2
2. PERIODO PRECONCEPCIONAL	
2.1. Anticoncepción.....	Pag 2
2.2. Fertilidad.....	Pag 3
2.3. Consejo preconcepcional.....	Pag 3
2.4. Optimización de la medicación previamente a la gestación.....	Pag 4
3. MANEJO DURANTE LA GESTACIÓN	
3.1. Consideraciones específicas respecto el control gestacional.....	Pag 5
3.2. Tratamiento de los síntomas habituales durante la gestación.....	Pag 6
3.3. Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal.....	Pag 6
3.4. Recidiva clínica durante la gestación.....	Pag 7
3.5. Complicaciones durante la gestación.....	Pag 8
3.6. Indicación de finalización de la gestación.....	Pag 8
3.7. Vía del parto.....	Pag 8
4. PERIODO POSTPARTO	
4.1. Tromboprofilaxis.....	Pag 9
4.2. Lactancia.....	Pag 9
4.3. Vacunación en el puerperio.....	Pag 9
4.4. Vacunación en el neonato.....	Pag 9

---

## PROTOCOLO: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y GESTACIÓN

---

### 1. INTRODUCCIÓN

---

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) representa un conjunto de trastornos inflamatorios crónicos, en los que se engloban la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC).

Aproximadamente la mitad de las pacientes afectas son mujeres, y la incidencia máxima de EII se sitúa entre los 15-40 años. Por tanto, el diagnóstico de EII suele tener lugar durante la época reproductiva. Por este motivo, resulta de especial interés revisar los aspectos a tener en cuenta de cara a una eventual gestación en este grupo de pacientes. Informar adecuadamente sobre las implicaciones de la enfermedad y los tratamientos durante la gestación es de primordial importancia. Sin embargo, la colaboración y comunicación entre las/los profesionales a cargo de estas pacientes es prioritaria de cara a obtener unos buenos resultados tanto maternos como fetales.

Se consideran tres etapas diferenciadas: el período preconcepcional, la gestación y el período postparto.

### 2. PERIODO PRECONCEPCIONAL

---

El asesoramiento preconcepcional, realizado por el especialista en EII y/o por el especialista en Medicina Maternofetal (MMF), es primordial en este grupo de pacientes. La estabilidad de la enfermedad (remisión) y la optimización del tratamiento son los factores más importantes para obtener buenos resultados. Por tanto, se tendrá que interrogar sobre el deseo gestacional durante las visitas de seguimiento. Si se considera oportuno, podrá derivarse a la paciente por una visita preconcepcional con el especialista de MMF.

#### 2.1 Anticoncepción

Se debe realizar un adecuado consejo anticonceptivo en situaciones en las que existe una contraindicación, habitualmente temporal, para la gestación. Se desaconseja la gestación en casos de enfermedad activa o con antecedente de un reciente brote (< 6 meses). Mantener la remisión clínica (ausencia de síntomas) 3-6 meses antes de la concepción reduce considerablemente el riesgo de recidiva durante el embarazo y el postparto.

En cuanto a los tratamientos hormonales anticonceptivos, son recomendables los métodos que no contengan estrógenos (DIU cobre, DIU progestágenos, implante subcutáneo anticonceptivo, gestágenos orales), debido al incremento del riesgo de fenómenos trombóticos en las mujeres con EII. Sin embargo, los anticonceptivos orales con dosis bajas de estrógenos (10-35 mcg etinil-estradiol) podrían considerarse seguros en mujeres sin otros factores de riesgo cardiovascular y sin antecedentes ni historia familiar de trombosis. Debe tenerse en cuenta que la inflamación intestinal, la

---

## PROTOCOLO: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y GESTACIÓN

---

resección intestinal extensa o el tránsito intestinal rápido pueden disminuir la eficacia de la anticoncepción.

### 2. 2 Fertilidad

La fertilidad en las mujeres con EII sin enfermedad activa y sin intervenciones quirúrgicas previas no resulta comprometida y es comparable con la población general. Como excepción, se pueden encontrar problemas de esterilidad en mujeres sometidas a proctocolectomía total con reconstrucción del tránsito intestinal mediante reservorio ileoanal, ostomías permanentes o proctectomía, debido a la mayor prevalencia de adherencias y disfunción sexual. Las secuelas son menores si el abordaje se ha realizado por vía laparoscópica.

Ninguno de los fármacos que se utilizan para tratar la EEI, como los fármacos biológicos, corticoides, tiopurinas (azatioprina i 6-mercaptopurina), ciclosporina, mesalazina, y metotrexato, tampoco se ha asociado con alteraciones de la fertilidad. Sin embargo, ante el inicio de un proceso de reproducción asistida, se tendrá que tener en cuenta el tratamiento de base de la paciente, por si requiriera modificar la medicación.

### 2.3 Consejo preconcepcional

Se considerará que una paciente está en remisión si tiene un índice CDAI <150 en la Enfermedad de Crohn e índice Mayo  $\leq$ 2 en la Colitis Ulcerosa.

#### Efecto de la gestación en la EII

La gestación en las mujeres con una EII en remisión no altera el curso de la enfermedad. De hecho, existe un posible beneficio de la gestación en lo que se refiere a la actividad de la enfermedad debido al descenso de las citoquinas proinflamatorias. La CU presenta un riesgo de recidiva superior respecto a la MC.

#### Efecto de la EII en la gestación

En las mujeres con una EII en remisión, los resultados perinatales son equiparables a la población general. En las mujeres con una EII activa, existe un incremento significativo del riesgo de resultados perinatales adversos (1), lo que refuerza la importancia de un buen control de la enfermedad durante la gestación:

- Neonato con bajo peso al nacimiento (OR 3.81)
- Parto pretérmino (OR 2.42)
- Pérdida gestacional (1.87)
- Éxito fetal (2.27)

---

## PROTOCOLO: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y GESTACIÓN

---

Previamente al intento de la concepción:

- Se recomendará remisión de la enfermedad en los últimos 6 meses.
- Se recomendará remisión de la enfermedad en los últimos 3 meses después de un cambio de medicación.
- Se propondrá realizar actualización de las vacunaciones.

### 2.4 Optimización de la medicación previamente a la gestación

Es importante revisar la medicación previamente a la gestación, con el objetivo de optimizar el tratamiento de cara a una eventual gestación.

#### Medicación contraindicada:

- Metotrexato: Se recomienda suspender el tratamiento un mínimo de 3 meses previamente a su concepción.
- Inhibidores JAK: tofacitinib, filgotinib, upadacitinib. Datos muy limitados. Se recomienda suspender mínimo 4 semanas previamente a la gestación.
- Moduladores del receptor S1P: ozanimod. Datos muy limitados. Se recomienda suspender mínimo 3 semanas previamente a la gestación.

#### Medicación NO contraindicada:

- Corticoides: si es posible a dosis < 20 mg/día. Priorizar tratamiento con Corticoides sin paso placentario, como la prednisona o metilprednisolona.
- Tiopurinas (azatioprina i 6-mercaptopurina)
- Ciclosporina.
- Aminosalicilatos: mesalazina, sulfasalzina.
- Fármacos biológicos anti-TNF (infliximab, adalimumab, golimumab): Se recomienda mantener el tratamiento durante toda la gestación para reducir el riesgo de recidiva de la enfermedad durante la gestación.
- Otros fármacos biológicos (vedolizumab, ustekinumab): Menor evidencia. Se recomienda mantener el tratamiento durante toda la gestación para reducir el riesgo de recidiva de la enfermedad durante la gestación.

Si se realiza algún cambio de medicación previamente a la gestación, se recomienda esperar 3 mese antes de intentar la concepción.

---

## PROTOCOLO: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y GESTACIÓN

---

### Medicación indicada:

- Se recomienda tratamiento preconcepcional (idealmente 2-3 meses previos a la gestación) con ácido fólico 400 microgramos, Vitamina B<sub>12</sub> 2 microgramos, yoduro de potasio 262 microgramos (Yodocefol®).
- Se recomienda tratamiento preconcepcional con ácido fólico a dosis altas (ACFOL® 5 mg) en casos con resección o afectación ileal, o tratamiento con sulfasalazina.

### **3. MANEJO DURANTE LA GESTACIÓN**

---

Se recomienda realizar un control gestacional multidisciplinar, considerando los factores de riesgo individual de cada paciente. Las gestantes con EII que se consideran de especial riesgo, son las siguientes:

- Antecedente de laparotomía, ostomía, y especialmente proctocolectomía con reservorio ileoanal.
- Enfermedad activa o hospitalización reciente.
- Tratamiento con fármacos biológicos o terapia combinada.
- Enfermedad perianal.
- Historia previa de complicaciones obstétricas.

Las pacientes que cumplan alguno de estos criterios deberían realizar control gestacional en la unidad de alto riesgo obstétrico, ya desde el inicio de la gestación.

#### **3.1 Consideraciones específicas respecto el control gestacional**

- Visita médica con periodicidad mensual, adaptando el seguimiento a la aparición de complicaciones maternas y/o fetales.
- Analítica trimestral. Al perfil gestacional de cada trimestre, se añadirá: PCR, ferritina sérica y vitamina B<sub>12</sub> (en caso de resección o afectación ileal).
- Control de crecimiento fetal mensual a partir del 3º trimestre (inicio entre las 28-30 semanas de gestación).
- Cálculo de preeclampsia: tanto la EC, como la CU se consideraran enfermedades autoinmunes por lo que respecta al cálculo del riesgo de preeclampsia.

---

PROTOCOLO: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y GESTACIÓN

---

### 3.2 Tratamiento de los síntomas habituales durante la gestación

- Anemia: La anemia es un hallazgo habitual en las gestantes con EII. Puede administrarse ferrotterapia, teniendo en cuenta que puede existir peor tolerancia a las sales ferrosas. Valorar administración de hierro ev (hierro carboximaltosa 1000-1500 mg) en las anemias ferropénicas graves (< 7 g/dl) o en las anemias moderadas (< 9.9 g/dl) a partir de las 34 semanas. Es importante recordar que el hierro ev está contraindicado antes de la semana 14 de gestación
- Estreñimiento: Se pueden administrar laxantes (Macrogol, Polietilenglicol, Bisacodilo, Plantago ovata).
- Hemorroides: Se pueden administrar pomadas rectales (Anso®, Ruscus Llorens®)

### 3.3 Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal

Cabe recordar que el principal objetivo del tratamiento es mantener la enfermedad inactiva durante la gestación, ya que el principal factor de riesgo de malos resultados obstétricos es la actividad de la enfermedad

- Corticoides: si es posible a dosis < 20 mg/día, intentando evitar su uso en caso de actividad por el riesgo de empeorar HTA materna, desarrollar diabetes gestacional, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, retraso del crecimiento, bajo peso al nacer, necesidad de cuidados intensivos en el recién nacido y riesgo de infecciones graves durante el primer año de vida del bebé (2).
- Tiopurinas (azatioprina i 6-mercaptopurina): no contraindicadas.
- Ciclosporina: no contraindicada, no obstante se dispone de otras alternativas con mejor perfil de seguridad (anti-TNF) por lo que se recomienda evitar su uso.
- Aminosalicilatos (mesalazina, sulfasalazina): no contraindicados.
- Fármacs biològics anti-TNF (infiximab, adalimumab, golimumab): se recomienda mantener el tratamiento hasta el final de la gestación.
- Otros fármacos biològics (vedolizumab, ustekinumab- menor evidencia): se recomienda mantener el tratamiento durante la gestación.
- Inhibidores de JAK: se recomienda evitar su uso durante la gestación (ver apartado de consejo preconcepcional), pero si se da la situación habrá que evaluar con la paciente los riesgos/beneficios de continuar o discontinuar la medicación durante el embarazo. Existe evidencia muy limitada de pacientes tratadas con inhibidores de JAK durante el embarazo.
- Heparina de bajo peso molecular (HBPM): La EII se considera un factor de riesgo trombótico. Se valorarán y actualizarán los factores de riesgo trombótico durante todo el control gestacional y postparto. La indicación de tromboprofilaxis se realizará siguiendo el protocolo de "Tromboprofilaxis y gestación".

---

## PROTOCOLO: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y GESTACIÓN

---

En las gestantes que reciben tratamiento con fármacos de administración endovenosa, puede administrarse premedicación con dexclorfeniramina (Polaramine®) e hidrocortisona.

### 3.4 Recidiva clínica durante la gestación

#### Pruebas diagnósticas

Ante la sospecha de recidiva clínica durante la gestación, se pueden realizar las siguientes pruebas diagnósticas, teniendo en cuenta ciertas particularidades:

- Analítica: VSG (se eleva normalmente durante la gestación), PCR (no suele elevarse durante la gestación, aunque puede existir un ligero aumento), Calprotectina fecal (no aumenta durante la gestación).
- Pruebas de imagen: RM sin contraste (evitar gadolinio, sobre todo durante el 1r trimestre)
- Endoscopia: en pacientes con una indicación clara, se puede realizar una rectosigmoidoscopia o colonoscopia completa. En los casos necesarios, ésta puede realizarse bajo sedación. Valorar especialmente el riesgo-beneficio a partir de la semana 24 de gestación. La preparación intestinal con Polietilenglicol es segura.

#### Tratamiento de la recidiva clínica durante la gestación

El beneficio de mantener a la paciente en remisión supera el potencial riesgo del tratamiento.

Si existe indicación debido a recidiva clínica moderada-grave y teniendo en cuenta los últimos datos sobre los efectos a nivel materno-fetal del tratamiento con altas dosis de corticoides, se priorizará el tratamiento con un fármaco biológico.

- Inicio de fármaco biológico
- Evitar dosis altas de corticoides

Valorar la indicación de actualizar el estado de vacunación de la paciente, según el PNT específico (*Protocolo Único de Vacunación en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal*).

Las vacunas con microorganismos vivos atenuados están contraindicadas durante la gestación y en las pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor. Éstas, son las siguientes: Triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis), varicela, rotavirus oral, BCG, tifoidea oral, fiebre amarilla y poliomielitis oral.

Las vacunas inactivadas, las vacunas con toxoides (tétanos y difteria, que incluye también la tos ferina) y las vacunas de subunidades (gripe, neumococo, meningococo, hepatitis B) no suponen un riesgo cuando se administran durante la gestación.

---

## PROTOCOLO: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y GESTACIÓN

---

### 3.5 Complicaciones durante la gestación

Estomas: en pacientes gestantes con estomas, el estiramiento de la pared abdominal puede provocar desplazamiento, agrandamiento, retracción o prolapso del estoma. La prevalencia de estas complicaciones es baja. Se realizará visita con estomatoterapeuta por revisión/control durante la gestación de las pacientes portadoras de estoma.

### 3.6 Indicación de finalización de la gestación

Si la enfermedad está estable, la finalización de la gestación se considerará teniendo en cuenta los criterios obstétricos. Si la enfermedad está activa, se individualizará el manejo en función del grado de actividad y la edad gestacional.

### 3.7 Vía del parto

La vía del parto se indicará teniendo en cuenta los criterios obstétricos.

En aquellas pacientes con antecedentes de cirugías abdominales complejas, y en beneficio de disminuir el riesgo de cesárea, se recomendará la inducción al parto a partir de la semana 39.0. En el resto de pacientes, se recomendará la finalización de la gestación teniendo en cuenta los criterios obstétricos.

Indicación de cesárea electiva: se indicará la realización de una cesárea electiva en los siguientes casos: enfermedad perianal activa (fístula perianal, absceso perianal) y antecedente de enfermedad perianal fistulizante compleja.

En las pacientes con antecedente de proctocolectomía con reservorio ileoanal, también se valorará la realización de una cesárea electiva, con el objetivo de evitar traumas a nivel perineal que puedan aumentar el riesgo de urgencia o incontinencia fecal en este grupo de pacientes. Se debe considerar que el riesgo de desgarrar perineal de III-IV grado (con afectación de esfínter o mucosa rectal) se sitúa en torno al 5%. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la cesárea no está exenta de complicaciones, debido a la presencia de adherencias.

En los casos con antecedente de cirugía gastrointestinal compleja, valorar informar al equipo de cirugía gastrointestinal de cara a eventuales complicaciones en caso de indicación de cesárea. Sin embargo, en las pacientes con antecedente de cirugía perianal compleja, se evaluarán los riesgos y beneficios de forma individualizada.

En caso de cesárea en pacientes portadoras de ostomías, se recomienda tapar el estoma con material estéril (bolsa estéril o gasas estériles) durante la cirugía.

---

**PROTOCOLO: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y GESTACIÓN**

---

#### **4. PERIODO POSTPARTO**

---

Se deberá mantener el mismo tratamiento médico de la EII para minimizar el riesgo de recidiva.

Se podrá realizar tratamiento del dolor con AINEs durante el postparto, durante un período de tiempo limitado (1 semana). En caso de necesidad, se recomienda celecoxib (celebrex®) 200mg/12h.

Se recomienda la feroterapia oral durante 1 mes posparto.

##### **4.1 Tromboprofilaxis**

El puerperio, la EII, la cesárea y la hospitalización son factores de riesgo trombótico. Las pacientes que han tenido un parto mediante cesárea, deben recibir tratamiento con HBPM durante el ingreso hospitalario. Ante la existencia de otros factores de riesgo adicional o historia personal de TVP o TEP, deberá valorarse mantener la tromboprofilaxis hasta 6 semanas postparto, tal y como queda reflejado en el protocolo de “tromboprofilaxis y gestación”.

##### **4.2 Lactancia**

Se recomendará la lactancia materna a las mujeres con EII, a excepción de aquellas que estén tomando alguno de los siguientes fármacos contraindicados durante la lactancia:

- Metotrexato.
- Inhibidores JAK (tofacitinib, filgotinib, upadacitinib), datos muy limitados.
- En las gestantes que reciben tratamiento con fármacos de administración endovenosa, se puede administrar premedicación con dexclorfeniramina (Polaramine®) e hidrocortisona.

##### **4.3 Vacunación en el puerperio**

Las vacunas vivas atenuadas están contraindicadas en las pacientes tratadas con fármacos inmunosupresores (6-mercaptopurina, azatioprina, metotrexate, ciclosporina, tacrolimus, infliximab, adalimumab, golimumab, vedolizumab, ustekinumab, inhibidores JAK). Por tanto, no se administrará la vacuna triple vírica a las pacientes no inmunes en la Rubéola si están bajo tratamiento inmunosupresor.

##### **4.4 Vacunación en el neonato**

Según la última evidencia científica, no existe contraindicación para administrar la vacuna viva atenuada contra el Rotavirus en los primeros 6 meses de vida a bebés expuestos in útero a fármacos anti-TNF (infliximab, adalimumab, golimumab). En caso de que la exposición in útero incluya

**PROTOCOLO: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y GESTACIÓN**

vedolizumab, ustekinumab o la combinación de dos fármacos inmunosupresores (biológico y azatioprina) la decisión de administrar la vacuna del rotavirus deberá ser consensuada con el pediatra de referencia dado que no se dispone de evidencia suficiente para realizar recomendaciones en estas situaciones.

<b>Responsables del protocolo:</b>	<b>Servicio de Medicina Materno Fetal:</b> Núria Baños, Marta López, Montse Palacio, Francesc Figueras. <b>Unidad Enfermedad Inflamatoria Intestinal:</b> Elena Ricart, Agnès Fernández, Ingrid Ordàs, Berta Caballol, Marta Gallego i Rebeca Barasetegui.
<b>Fecha del protocolo y actualizaciones:</b>	03/07/2023
<b>Última actualización:</b>	03/07/2023
<b>Próxima actualización:</b>	03/07/2027
<b>Código Hospital Clínic:</b>	MMF-115-2023
<b>Código Sant Joan de Déu:</b>	