

## MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL I GESTACIÓ

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

### ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ.....	Pàg 2
2. PERÍODE PRECONCEPCIONAL	
2.1. Anticoncepció.....	Pàg 2
2.2. Fertilitat.....	Pàg 3
2.3. Consell preconcepcional.....	Pàg 3
2.4. Optimització de la medicació prèviament a la gestació.....	Pàg 4
3. MANEIG DURANT LA GESTACIÓ	
3.1. Consideracions específiques respecte el control gestacional.....	Pàg 5
3.2. Tractament dels símptomes habituals durant la gestació.....	Pàg 5
3.3. Tractament de la malaltia inflamatòria intestinal.....	Pàg 6
3.4. Recidiva clínica durant la gestació.....	Pàg 6
3.5. Complicacions durant la gestació.....	Pàg 7
3.6. Indicació de finalització de la gestació.....	Pàg 7
3.7. Via del part.....	Pàg 7
4. PERÍODE POSTPART	
4.1. Tromboprofilaxis.....	Pàg 8
4.2. Lactància.....	Pàg 8
4.3. Vacunació en el puerperi.....	Pàg 8
4.4. Vacunacions noutat.....	Pàg 8

---

## PROTOCOLO: MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL I GESTACIÓ

---

### 1. INTRODUCCIÓ

---

La malaltia inflamatòria intestinal (MII) representa un conjunt de trastorns inflamatoris crònics, dins els quals s'engloben la Colitis Ulcerosa (CU) i la Malaltia de Crohn (MC).

Aproximadament la meitat de les pacients afectes són dones, i la incidència màxima de MII es situa entre el 15-40 anys. Per tant, el diagnòstic de MII acostuma a tenir lloc durant l'època reproductiva. Per aquest motiu, resulta d'especial interès revisar els aspectes a tenir en compte de cara a una eventual gestació en aquest grup de pacients. Informar adequadament sobre les implicacions de la malaltia i els tractaments durant la gestació és de cabdal importància. Tanmateix, la col·laboració i comunicació entre les/els professionals a càrrec d'aquestes pacients és prioritària de cara a obtenir uns bons resultats tant materns com fetals.

Es consideren tres etapes diferenciades: **el període preconcepcional, la gestació i el període postpart.**

### 2. PERÍODE PRECONCEPCIONAL

---

L'assessorament preconcepcional, realitzat per l'especialista en MII i/o per l'especialista en Medicina Maternofetal (MMF), és cabdal en aquest grup de pacients. L'estabilitat de la malaltia (remissió) i l'optimització del tractament són els factors més importants per obtenir uns bons resultats. Per tant, s'haurà d'interrogar sobre el desig gestacional durant les visites de seguiment. Si es considera oportú, es podrà derivar a la pacient per una visita preconcepcional amb l'especialista de MMF.

#### 2.1 Anticoncepció

S'ha de realitzar un adequat consell anticonceptiu en situacions en les que existeix una contraindicació, habitualment temporal, per a la gestació. Es desaconsella la gestació en casos de malaltia activa o amb antecedent d'un brot recent (< 6 mesos). Mantenir la remissió clínica (absència de símptomes) 3-6 mesos abans de la concepció redueix considerablement el risc de recidiva durant l'embaràs i el postpart.

Pel que fa als tractaments hormonals anticonceptius, són recomanables els mètodes que no continguin estrògens (DIU coure, DIU progestàgens, implant subcutani anticonceptiu, gestàgens orals), degut a l'increment del risc de fenòmens trombòtics en les dones amb MII. No obstant, els anticonceptius orals amb dosis baixes d'estrògens (10-35 mcg etinil-estradiol) es podrien considerar segurs en dones sense altres factors de risc cardiovascular i sense antecedents ni història familiar de trombosi. S'ha de tenir en compte que la inflamació intestinal, la resecció intestinal extensa o el trànsit ràpid poden disminuir l'eficàcia de l'anticoncepció.

---

## PROTOCOLO: MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL I GESTACIÓ

---

### 2. 2 Fertilitat

La fertilitat en les dones amb MII sense malaltia activa i sense intervencions quirúrgiques prèvies no resulta compromesa i és comparable amb la població general. Com a excepció, es poden trobar problemes d'esterilitat en dones sotmeses a proctocolectomia total amb reconstrucció del trànsit intestinal mitjançant reservori ileoanal, ostomies permanents o proctectomia, degut a la major prevalença d'adherències i disfunció sexual. Les seqüeles són menors si l'abordatge s'ha realitzat per via laparoscòpica.

Cap dels fàrmacs que s'utilitzen per tractar la MII, com els fàrmacs biològics, corticoides, tiopurines (azatioprina i 6-mercaptopurina), ciclosporina, mesalazina, i metotrexat, tampoc no s'ha associat amb alteracions de la fertilitat. Tot i així, davant l'inici d'un procés de reproducció assistida, s'haurà de tenir en compte el tractament de base de la pacient, per si requerís modificar la medicació.

### 2.3 Consell preconcepcional

Es considerarà que una pacient està en remissió si té un Index CDAI <150 en la Malaltia de Crohn i índex Mayo ≤2 en la Colitis Ulcerosa.

#### Efecte de la gestació en la MII

La gestació en les dones amb una MII en remissió, no altera el curs de la malaltia. De fet, existeix un possible benefici de la gestació pel que fa a l'activitat de la malaltia degut al descens de les citoquines proinflamatòries. La CU presenta un risc de recidiva superior respecte la MC.

#### Efecte de la MII en la gestació

En les dones amb una MII en remissió, els resultats perinatals són equiparables a la població general. En les dones amb una MII activa, existeix un increment significatiu del risc de resultats perinatals adversos(1), fet que reforça la importància d'un bon control de la malaltia durant la gestació:

- Nounat amb baix pes al néixer (OR 3.81)
- Part preterme (OR 2.42)
- Pèrdua gestacional (1.87)
- Èxitus fetal (2.27)

Prèviament a l'intent de la concepció:

- Es recomanarà remissió de la malaltia en els darrers 6 mesos.
- Es recomanarà remissió de la malaltia en els darrers 3 mesos després d'un canvi de medicació.
- Es proposarà fer actualització de les vacunacions.

---

**PROTOCOLO: MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL I GESTACIÓ**

---

## **2.4 Optimització de la medicació prèviament a la gestació**

És important revisar la medicació prèviament a la gestació, amb l'objectiu d'optimitzar el tractament de cara a una eventual gestació.

### Medicació contraindicada:

- Metotrexat: Es recomana suspendre el tractament un mínim de 3 mesos prèviament a la concepció.
- Inhibidors JAK: tofacitinib, filgotinib, upadacitinib. Dades molt limitades. Es recomana suspendre mínim 4 setmanes prèviament a la gestació.
- Moduladors del receptor S1P: ozanimod. Dades molt limitades. Es recomana aturar el tractament un mínim de 3 mesos prèviament a la concepció.

### Medicació NO contraindicada:

- Corticoides: si és possible a dosis < 20 mg/dia. Prioritzar tractament amb Corticoides sense pas placentari, com la prednisona o metilprednisolona.
- Tiopurines (azatioprina i 6-mercaptopurina)
- Ciclosporina.
- Aminosalicilats: mesalazina, sulfasalzina.
- Fàrmacs biològics anti-TNF (infliximab, adalimumab, golimumab): Es recomana mantenir el tractament durant tot l'embaràs per reduir el risc de recidiva de la malaltia durant la gestació.
- Altres fàrmacs biològics (vedolizumab, ustekinumab): Menor evidència. Es recomana mantenir el tractament durant l'embaràs, per reduir el risc de recidiva de la malaltia durant la gestació.

Si es realitza algun canvi de medicació prèviament a la gestació, es recomana esperar 3 mesos abans d'intentar la concepció.

### Medicació indicada:

- Es recomana tractament preconcepcional (idealment 2-3 mesos previs a la gestació) amb àcid fòlic 400 micrograms, Vitamina B<sub>12</sub> 2 micrograms, iodur de potassi 262 micrograms (Yodocefol®).
- Tractament preconcepcional amb àcid fòlic dosis altes (ACFOL® 5 mg) en casos amb resecció o afectació ileal, o tractament amb sulfasalzina.

---

**PROTOCOLO: MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL I GESTACIÓ**

---

### **3. MANEIG DURANT LA GESTACIÓ**

---

Es recomana realitzar un control gestacional multidisciplinari, considerant els factors de risc individual de cada pacient. Les gestants amb MII que es consideren d'especial risc, són les següents:

- Antecedent de laparotomia, ostomia, i especialment proctocolectomia amb reservori ileoanal.
- Malaltia activa o hospitalització recent.
- Tractament amb fàrmacs biològics o teràpia combinada.
- Malaltia perianal.
- Història prèvia de complicacions obstètriques.

Les pacients que compleixin algun d'aquests criteris, haurien de realitzar control gestacional a la unitat d'alt risc obstètric, ja des de l'inici de la gestació.

#### **3.1 Consideracions específiques respecte el control gestacional**

- Visita mèdica amb periodicitat mensual, adaptant el seguiment a l'aparició de complicacions maternes i/o fetals.
- Anàlisi trimestral. Al perfil gestacional de cada trimestre, s'afegirà: PCR, ferritina sèrica i vitamina B12 (en cas de resecció o afectació ileal).
- Control de creixement fetal mensual a partir del 3r trimestre (inici entre les 28-30 setmanes de gestació).
- Càlcul de preeclàmpsia: tant la MC, com la CU es consideraran malalties autoimmunes pel que fa al càlcul del risc de preeclàmpsia.

#### **3.2 Tractament dels símptomes habituals durant la gestació**

- Anèmia: L'anèmia és una troballa habitual en les gestants amb MII. Es pot administrar ferroteràpia, tenint en compte que pot existir pitjor tolerància a les sals ferroses. Valorar administració de ferro ev (Ferro carboximaltosa 1000-1500 mg) en les anèmies ferropèniques greus (< 7 g/dl) o en les anèmies moderades (< 9.9 g/dl) a partir de les 34 setmanes. És important recordar que el ferro ev està contraindicat abans de la setmana 14 de gestació.
- Restrenyiment: Es poden administrar laxants (Macrogol, Polietienglicol, Bisacodilo, Plantago ovata).
- Hemorroides: Es poden administrar pomades rectals (Anso®, Ruscus Llorens®)

---

## PROTOCOLO: MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL I GESTACIÓ

---

### 3.3 Tractament de la malaltia inflamatòria intestinal

Cal recordar que el principal objectiu del tractament és mantenir la malaltia inactiva durant la gestació, ja que el principal factor de risc de mals resultats obstètrics és l'activitat de la malaltia.

- Corticoides: si és possible a dosis < 20 mg/dia, intentant evitar el seu ús en cas d'activitat pel risc d'empitjorar HTA materna, desenvolupar diabetis gestacional, part prematur, ruptura prematura de membranes, retràs del creixement, baix pes al néixer, necessitat de cures intensives en el nou-nat i risc d'infeccions greus durant el primer any de vida del nadó (2).
- Tiopurines (azatioprina i 6-mercaptopurina): no contraindicades.
- Ciclosporina: no contraindicada, no obstant es disposa d'altres alternatives amb millor perfil de seguretat (anti-TNF) pel que es recomana evitar el seu ús.
- Aminosalicilats (mesalazina, sulfasalazina): no contraindicats.
- Fàrmacs biològics anti-TNF (infliximab, adalimumab, golimumab): es recomana mantenir el tractament fins el final de la gestació.
- Altres fàrmacs biològics (vedolizumab, ustekinumab- menor evidència): es recomana mantenir el tractament durant la gestació.
- Inhibidors de JAK: es recomana evitar el seu ús durant la gestació (veure apartat de consell pre-concepcional), però si es dona la situació caldrà avaluar amb la pacient els riscos/beneficis de continuar o discontinuar la medicació durant l'embaràs . Existeix evidència molt limitada de pacients tractades amb inhibidors de JAK durant l'embaràs.
- Heparina de baix pes molecular (HBPM): La MII es considera un factor de risc trombòtic. Es valoraran i actualitzaran els factors de risc trombòtic durant tot el control gestacional i post-part. La indicació de trombopprofilaxis es realitzarà seguint el protocol de "Trombopprofilaxis i gestació".

En les gestants que reben tractament amb fàrmacs d'administració endovenosa, es pot administrar premedicació amb dexclorfeniramina (Polaramine®) i hidrocortisona.

### 3.4 Recidiva clínica durant la gestació

#### Proves diagnòstiques

Davant la sospita de recidiva clínica durant la gestació, es poden realitzar les següents proves diagnòstiques, tenint en compte certes particularitats:

- Analítica: VSG (s'eleva normalment durant la gestació), PCR (no acostuma a elevar-se durant la gestació, tot i que pot existir un lleuger augment), Calprotectina fecal (no augmenta durant la gestació).
- Proves d'imatge: RM sense contrast (evitar gadolini, sobretot durant el 1r trimestre)

---

## PROTOCOLO: MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL I GESTACIÓ

---

- Endoscòpia: en pacients amb una indicació clara, es pot realitzar una rectosigmoidoscòpia o colonoscòpia completa. En els casos necessaris, aquesta es pot realitzar sota sedació. Valorar especialment el risc-benefici a partir de la setmana 24 de gestació. La preparació intestinal amb Polietilenglicol és segura.

### Tractament de la recidiva clínica durant la gestació

El benefici de mantenir la pacient en remissió supera el potencial risc del tractament.

Si existeix indicació degut a recidiva clínica moderada-greu i tenint en compte les darreres dades sobre els efectes a nivell maternofetal del tractament amb altes dosis de corticoides, es prioritzarà el tractament amb un fàrmac biològic.

- Inici de fàrmac biològic
- Evitar dosis altes de corticoides

Valorar la indicació d'actualitzar l'estat vacunal de la pacient, segons el PNT específic (*Protocolo Único de Vacunación en pacientes con Enfermedad Inlamatoria Intestinal*).

Les vacunes amb microorganismes vius atenuats estan contraindicades durant la gestació i en les pacients que reben tractament immunosupressor. Aquestes, són les següents: Triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis), varicel·la, rotavirus oral, BCG, tifoidal oral, febre groga i poliomielitis oral.

Les vacunes inactivades, les vacunes amb toxoides (tètanus i diftèria, que inclou també la tos ferina) i les vacunes de subunitats (grip, pneumococ, meningococ, hepatitis B) no suposen un risc quan s'administren durant la gestació.

### **3.5 Complicacions durant la gestació**

Estomes: en pacients gestants amb estomes, l'estirament de la paret abdominal pot provocar desplaçament, engrandiment, retracció o prolapse de l'estoma. La prevalença d'aquestes complicacions és baixa. Es farà visita amb estomatoterapeuta per revisió/control durant la gestació de les pacients portadores d'estoma.

### **3.6 Indicació de finalització de la gestació**

Si la malaltia està estable, la finalització de la gestació es considerarà tenint en compte els criteris obstètrics. Si la malaltia està activa, s'individualitzarà el maneig en funció del grau d'activitat i l'edat gestacional.

### **3.7 Via del part**

La via del part s'indicarà tenint en compte els criteris obstètrics.

---

## PROTOCOLO: MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL I GESTACIÓ

---

En aquelles pacients amb antecedents de cirurgies abdominals complexes, i en benefici de disminuir el risc de cesària, es recomanarà la inducció al part a partir de la setmana 39.0. En la resta de pacients, es recomanarà la finalització de la gestació tenint en compte els criteris obstètrics.

Indicació de cesària electiva: s'indicarà la realització d'una cesària electiva en els següents casos: malaltia perianal activa (fístula perianal, abscess perianal) i antecedent de malaltia perianal fistulitzant complexa.

En les pacients amb antecedent de proctocolectomia amb reservori ileoanal, també es valorarà la realització d'una cesària electiva, amb l'objectiu d'evitar traumes a nivell perineal que puguin augmentar el risc d'urgència o incontinència fecal en aquest grup de pacients. S'ha de considerar que el risc d'estrip perineal de III-IV grau (amb afectació d'esfínter o mucosa rectal) se situa al voltant del 5%. Tanmateix, cal tenir en compte que la cesària no està exempta de complicacions, degut a la presència d'adherències.

En els casos amb antecedent de cirurgia gastrointestinal complexa, valorar informar a l'equip de cirurgia gastrointestinal de cara a eventuais complicacions en cas d'indicació de cesària. Tanmateix, en les pacients amb antecedent de cirurgia perianal complexa, s'avaluaran els riscos i beneficis de manera individualitzada.

En cas de cesària en pacients portadores d'ostomies, es recomana tapar l'estoma amb material estèril (bossa estèril o gasses estèrils) durant la cirurgia.

### 4. PERÍODE POSTPART

---

S'haurà de mantenir el mateix tractament mèdic de la MII per tal de minimitzar el risc de recidiva.

Es podrà realitzar tractament del dolor amb AINEs durant el postpart, durant un període de temps limitat (1 setmana). En cas de necessitat, es recomana celecoxib (celebrex®) 200mg/12h.

Es recomana la feroteràpia oral durant 1 mes postpart.

#### 4.1 Tromboprofilaxis

El puerperi, la MII, la cesària i l'hospitalització són factors de risc trombòtic. Les pacients que han tingut un part mitjançant cesària, han de rebre tractament amb HBPM durant l'ingrés hospitalari. Davant l'existència d'altres factors de risc addicional o història personal de TVP o TEP, s'haurà de



## PROTOCOLO: MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL I GESTACIÓ

valorar mantenir la tromboprofilaxis fins a 6 setmanes postpart, tal i com queda reflectit al protocol de “tromboprofilaxis i gestació”.

### 4.2 Lactància

Es recomanarà la lactància materna a les dones amb MII, a excepció d'aquelles que estiguin prenent algun dels següents fàrmacs contraindicats durant la lactància:

- Metotrexat.
- Inhibidors JAK (tofacitinib, filgotinib, upadacitinib), dades molt limitades.
- En les gestants que reben tractament amb fàrmacs d'administració endovenosa, es pot administrar premedicació amb dexclorfeniramina (Polaramine®) i hidrocortisona.

### 4.3 Vacunació en el puerperi

Les vacunes vives atenuades estan contraindicades en les pacients tractades amb fàrmacs immunosupressors (6-mercaptopurina, azatioprina, metotrexate, ciclosporina, tacròlimus, infliximab adalimumab, golimumab, vedolizumab, ustekinumab, inhibidors JAK)). Per tant, no s'administrarà la vacuna triple vírica a les pacients no immunes a la Rubèola si estan sota tractament immunosupressor.

### 4.4 Vacunacions nounat

Segons la darrera evidència científica, no existeix contraindicació per administrar la vacuna viva atenuada contra el Rotavirus en els primers 6 mesos de vida a nadons exposats in utero a fàrmacs anti-TNF (infliximab, adalimumab, golimumab). En cas de que la exposició in utero inclogui vedolizumab, ustekinumab o la combinació de dos fàrmacs immunosupressors (biològic i azatioprina) la decisió d'administrar la vacuna del rotavirus haurà de ser consensuada amb el pediatra de referència donat que no es disposa d'evidència suficient per fer recomanacions en aquestes situacions.

<b>Responsables del protocol:</b>	<b>Servei de Medicina Materno Fetal:</b> Núria Baños, Marta López, Montse Palacio, Francesc Figueras. <b>Unitat Malaltia Inflamatòria intestinal:</b> Elena Ricart, Agnès Fernández, Ingrid Ordàs, Berta Caballol, Marta Gallego i Rebeca Barasetegui.
<b>Data del protocol i actualitzacions:</b>	03/07/2023
<b>Darrera actualització:</b>	Primera versió
<b>Propera actualització:</b>	Juliol 2026
<b>Codi Hospital Clínic:</b>	MMF-115-2023
<b>Codi Sant Joan de Déu:</b>	