

DUDAS FRECUENTES SOBRE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN



María Chaparro y Javier P. Gisbert

Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IP). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Madrid

La enfermedad de Crohn (EC) se manifiesta en plena edad reproductiva en muchos pacientes, debido a que debuta con frecuencia en la juventud y a que tiene un carácter crónico (es decir, no se cura). Esto, junto al incremento progresivo de la incidencia de la enfermedad en nuestro medio, hace que en la práctica clínica sea frecuente atender a mujeres con EC que están o planean estar embarazadas. Este capítulo pretende dar respuestas claras y sencillas a las preguntas referentes al embarazo y la lactancia que con más frecuencia nos plantean nuestros pacientes.

Me han diagnosticado una EC, ¿podré tener hijos?

Sí. La EC es una enfermedad que no se cura, pero el objetivo de los médicos es mantener la enfermedad controlada, de modo que puedas llevar una vida normal, como si no la tuvieras. Como comentaremos más adelante es importante planificar un posible embarazo para que ocurra en un momento en el que la EC esté en remisión (sin brote) y para evitar las medicinas que puedan ser perjudiciales para el niño.

Me gustaría quedarme embarazada, ¿tendré más dificultad que una paciente sin EC?

Se ha observado que las pacientes con EC tienen menos hijos que la media; en la mayoría de los casos esto se produce por un "rechazo" de la mujer a quedarse embarazada. Esto puede ser porque no se encuentre bien, porque la enfermedad está activa, por miedo –la mayoría de las veces infundado– a tener brotes durante el embarazo o por que las medicinas que toma puedan causar daño en el niño e incluso por temor a que los hijos puedan heredar la EC.

En general, la fertilidad no está disminuida en las pacientes con EC, si bien el haberse sometido a una cirugía abdominal podría, en algunos casos, afectar a la capacidad de quedarse embarazada, por proximidad a los órganos reproductores femeninos.

¿Cómo influirá el embarazo en la actividad de la EC? ¿Tendré más posibilidades de tener un brote?

El curso de la EC durante el embarazo se correlaciona directa y estrechamente con el grado de actividad en el momento de la concepción. En general, si la concepción se produjo estando en remisión, el embarazo se desarrollará satisfactoriamente. Por el contrario, si la concepción tuvo lugar durante un brote, su control puede ser difícil y la enfermedad puede mantenerse activa o incluso empeorar durante toda la gestación, aumentando el riesgo de complicaciones para la madre y para el niño.

¿Cuánto tiempo tengo que llevar con la EC bien controlada antes de quedarme embarazada?

No está establecido cuánto tiempo debe estar la enfermedad en remisión antes de poder aconsejar la concepción; aunque probablemente la posibilidad de complicaciones de la EC durante el embarazo sea menor si la enfermedad lleva mucho tiempo inactiva, en la actualidad el periodo mínimo en remisión que se recomienda antes de la concepción es de 3 meses.

¿Cómo será el desarrollo de mi embarazo? ¿Irá peor por tener la EC?

No se ha observado un mayor riesgo de aborto espontáneo, muerte fetal o malformaciones congénitas en los recién nacidos de pacientes con EC en remisión durante el embarazo. Sin embargo, en el caso de que la madre presente actividad de su enfermedad durante la gestación, se ha descrito una mayor probabilidad de parto prematuro y retraso de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Por eso es muy importante planificar la concepción y que ésta se produzca en un período de remisión de la enfermedad.

Por otro lado, la presencia de EC no parece aumentar el riesgo de complicaciones de la gestación en la madre (por ejemplo, de hipertensión arterial).

En un embarazo anterior me fue muy mal, tuve la EC activa durante toda la gestación y finalmente el niño nació prematuramente. ¿Me ocurrirá lo mismo si vuelvo a quedarme embarazada?

El curso clínico y el desenlace de embarazos previos no predicen ni la evolución de la EC durante la siguiente gestación ni el desenlace de la misma. Como se ha señalado previamente, el factor que más influye en la evolución de la gestación es la actividad de la EC en el momento de la concepción.

¿Podré mantener los tratamientos para la EC durante el embarazo?

Como hemos mencionado repetidamente, el principal factor causante de problemas en la gestación es que la EC esté activa. Por eso, no sólo se puede, sino que se debe seguir el tratamiento que el médico haya indicado para la EC. Nuevamente, es necesario planificar el embarazo, ya que, aunque la mayoría de las medicinas para la EC están permitidas durante la gestación, hay algunas que están prohibidas y el médico debería conocer la intención de tener un hijo para que pueda retirarlas antes de la concepción y controlar la enfermedad con otros medicamentos.

¿Qué pasa si durante el embarazo tengo un brote de la EC?

Si presentaras un brote durante el embarazo debes ponerte en contacto con tu médico, ya que éste se debe tratar de forma rápida y adecuada; es mucho más peligroso para el niño la enfermedad mal controlada que los posibles efectos secundarios de los tratamientos.

¿Podré tener un parto normal, por vía vaginal?

El hecho de tener una EC no contraindica el parto por vía vaginal. Únicamente se recomienda evitar el parto por vía vaginal en las pacientes que tienen afectación de la región perianal, ya que, en el expulsivo del parto vaginal, podrían dañarse aún más las estructuras del suelo de la pelvis.

¿Qué medicamentos para la EC son seguros durante la gestación y cuáles pueden ser peligrosos para el niño?

La administración de medicamentos para el tratamiento de la EC durante el embarazo es causa de preocupación en las pacientes y en los médicos que las atienden. La reacción inicial en la mayoría de las mujeres que están planificando un embarazo o que están embarazadas es evitar tomar cualquier clase de medicinas. Por tanto, es necesario fomentar un diálogo sobre este aspecto con el médico responsable del control de tu enfermedad, para tomar una decisión consensuada y planificar el tratamiento.

En general, la mayoría de los medicamentos empleados para el tratamiento de la EC no se asocian a riesgos para el niño. Las medicinas más comúnmente usadas, en concreto los aminosalicilatos, son bien toleradas durante el embarazo, por lo que han sido clasificadas como seguras por las autoridades sanitarias.

Los corticoides son también fármacos seguros y pueden usarse en caso de brote de la enfermedad. Al igual que los aminosalicilatos, no han demostrado ser dañinos para el niño. La azatioprina y la mercaptopurina han sido menos estudiadas, pero los datos disponibles sugieren que en general son fármacos seguros y bien tolerados durante el embarazo.

El metotrexate es teratógeno, es decir, produce malformaciones en el niño, por lo que debe suspenderse, tanto en las madres como en los padres, 6 meses antes de la concepción.

Los medicamentos conocidos como biológicos (fundamentalmente infliximab y adalimumab) han sido poco estudiados, aunque de momento no parecen perjudiciales para el niño, por lo que han sido clasificados como seguros por las autoridades sanitarias. Estas medicinas atraviesan la placenta en el tercer trimestre de la gestación, por lo que, en algunos casos, el médico puede aconsejar su suspensión durante el mismo.

Mi pareja tiene una EC, ¿qué aspectos debo tener en cuenta?

La salazopirina puede disminuir la calidad del semen, por lo que podría disminuir la fertilidad en los varones que reciben este tratamiento. No obstante, el efecto sobre los espermatozoides es transitorio y revierte completamente al suspender el medicamento.

El metotrexate, al igual que en las madres, está prohibido en los pacientes que desean concebir un hijo. Como se ha mencionado, este tratamiento debe suspenderse, también en los padres, 6 meses antes de la concepción.

¿Podré dar lactancia materna teniendo una EC? ¿Tendré más riesgo de sufrir un brote?

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, dado que proporciona toda la energía y los nutrientes que el recién nacido necesita durante este período. La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo y estimula el desarrollo de las defensas del niño. La lactancia materna también es beneficiosa para la madre, ya que favorece la recuperación en el puerperio, disminuye el sangrado postparto y protege del desarrollo de algunos tumores ováricos y mamarios. Asimismo, supone un notable ahorro económico y comodidad para la madre.

La lactancia materna no afecta a la actividad de la EC, por lo que no hay más riesgo de tener un brote en ese período.

¿Qué fármacos para la EC pueden tomarse durante la lactancia?

La mayoría de los fármacos para la EC son seguros durante la lactancia. Por ejemplo, los aminosalicilatos son fármacos permitidos durante la lactancia. Se pueden excretar por la leche materna pero en pequeñas cantidades, y no se han asociado a ningún riesgo importante para los niños. En algunos casos excepcionales pueden producir diarrea en el recién nacido.

Los corticoides también son seguros durante la lactancia. Estos medicamentos pasan a la leche materna, pero se puede conseguir una menor exposición del lactante a estos fármacos esperando 4 horas tras la toma de corticoides antes de amamantar.

Con respecto a la azatioprina y la mercaptopurina, los datos disponibles sugieren que son seguros y bien tolerados en la lactancia. Estos medicamentos pasan en pequeñas cantidades a la leche materna, pero la mayor parte se expulsa en las primeras 4 horas tras tomar el fármaco, por lo que, al igual que con los corticoides, se puede conseguir una menor exposición del lactante a estos fármacos esperando cuatro horas tras tomarlos antes de amamantar. El metotrexate pasa a la leche materna y está prohibido durante la lactancia por ser claramente perjudicial para el recién nacido.

Los medicamentos biológicos (el infliximab y el adalimumab) aparecen en la leche materna en pequeñas cantidades, aunque es poco probable que tengan algún efecto negativo en el recién nacido. Así, no se han comunicado efectos nocivos en los recién nacidos amamantados por madres en tratamiento con estos medicamentos. Esto sugiere que son de bajo riesgo durante la lactancia. No obstante, la experiencia de la que disponemos es todavía escasa, por lo que actualmente no hay datos suficientes que permitan establecer una recomendación sobre la lactancia materna en las pacientes en tratamiento con estos fármacos.

Referencias

Unidad de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital Universitario de La Princesa:
<http://www.docvadis.es/eii-laprincesa/>

GETECCU (Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa),
sección "Pacientes": <http://www.geteccu.org>

ACCU España (Confederación de Asociaciones de Crohn y Colitis Ulcerosa de España),
sección "Consejos para pacientes": <http://www.accuesp.com>

Asociación Española de Gastroenterología, sección de "Atención al paciente":
<http://www.aegastro.es>