



Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Artículo especial

## Control del embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico/síndrome antifosfolípido. Parte 2: seguimiento del embarazo<sup>☆</sup>



Esther Rodríguez Almaraz<sup>a</sup>, Luis Sáez-Comet<sup>b</sup>, Manel Casellas<sup>c</sup>, Paloma Delgado<sup>d</sup>, Amaia Ugarte<sup>e</sup>, Paloma Vela-Casasempere<sup>f</sup>, Nuria Martínez Sánchez<sup>g</sup>, Maria Galindo-Izquierdo<sup>a</sup>, Gerard Espinosa<sup>h</sup>, Beatriz Marco<sup>i</sup>, Juan Antonio Martínez López<sup>j</sup>, Angel Robles<sup>k</sup>, Victor Martínez-Taboada<sup>l</sup>, Jose Luis Bartha<sup>g</sup> y Guillermo Ruiz-Irastorza<sup>e,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup> Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS), Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>c</sup> Unitat Alt Risc Obstetric, Vall d' Hebron Hospital Campus, Barcelona, España

<sup>d</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia, España

<sup>e</sup> Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Servicio de Medicina Interna, BioCruces Bizkaia Health Research Institute, Hospital Universitario Cruces, UPV/EHU, Barakaldo, Bizkaia, España

<sup>f</sup> Sección de Reumatología, Hospital General Universitario Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica ISABIAL - FISABIO, Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

<sup>g</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>h</sup> Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clinic, Agresión biológica y mecanismos de respuesta, IDIBAPS, Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

<sup>i</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, HUP La Fe, Valencia, España

<sup>j</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

<sup>k</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>l</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 19 de mayo de 2019

Modificado el 23 de julio de 2019

Aceptado el 23 de septiembre de 2019

On-line el 25 de noviembre de 2019

#### Palabras clave:

Lupus eritematoso sistémico

Síndrome antifosfolípido

Embarazo

Lactancia

Anticoncepción

Puerperio

### R E S U M E N

**Objetivo:** Las sociedades españolas de ginecología y obstetricia, de medicina interna y de reumatología han constituido un grupo de trabajo paritario para la elaboración de 3 documentos de consenso sobre el control del embarazo en mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípido (SAF). **Métodos:** Cada una de las sociedades científicas implicadas propuso 5 representantes en base a su experiencia en el área del control del embarazo en pacientes con enfermedades autoinmunes. Las recomendaciones se elaboraron siguiendo la metodología Delphi.

**Resultados:** En este segundo documento se incluyen las recomendaciones que abordan el manejo del embarazo normal y sus complicaciones en mujeres con LES/SAF. Se presentan las recomendaciones relacionadas con el seguimiento del embarazo, la actividad lúpica, el bloqueo cardíaco congénito, las manifestaciones tromboticas y obstétricas del SAF y los defectos de placentación.

**Conclusiones:** Estas recomendaciones multidisciplinares se consideran herramientas en la toma de decisiones para los clínicos involucrados en la asistencia a pacientes con LES/SAF durante el embarazo.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> Documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (GEAS) de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: r.irastorza@outlook.es (G. Ruiz-Irastorza).

## Pregnancy control in patients with systemic lupus erythematosus/antiphospholipid syndrome. Part 2: Pregnancy follow-up

### A B S T R A C T

---

**Keywords:**

Systemic lupus erythematosus

Antiphospholipid syndrome

Pregnancy

Lactation

Contraception

Puerperium

**Objective:** In order to agree on the fundamental aspects related to the management of pregnancy in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) and antiphospholipid syndrome (APS), the Spanish Societies of Gynaecology and Obstetrics, Internal Medicine and Rheumatology set up a working group for the preparation of three consensus documents.

**Methods:** Each of the Scientific Societies involved proposed five representatives based on their experience in the field of pregnancy control in patients with autoimmune diseases. The recommendations were developed following the Delphi methodology.

**Results:** This second document contains the recommendations regarding the management of pregnancy in women with SLE and APS, including complications such as lupus activity, congenital heart block, thrombotic and obstetric manifestations of APS and placental vascular disease.

**Conclusions:** These multidisciplinary recommendations are considered decision-making tools for clinicians involved in the care of patients with SLE/APS during pregnancy.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

---

### Introducción

Tras la primera parte dedicada a la valoración preconcepcional, la infertilidad y la preservación ovárica, en este segundo documento se aborda de forma específica el control de la paciente desde el momento de la concepción hasta el parto. Se plantearon cuestiones relacionadas con el seguimiento básico del embarazo y el tratamiento de las diferentes complicaciones, tanto las relacionadas directamente con el lupus eritematoso sistémico (LES) y el síndrome antifosfolípido (SAF) como las asociadas a los defectos de placentación y complicaciones vasculares, de particular riesgo en estas entidades.

### Material y métodos

Tal y como se detalla en la primera parte de este documento de consenso, las recomendaciones se elaboraron siguiendo la metodología Delphi. El grupo de trabajo específico para esta sección contó con 2 representantes de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), 2 del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (GEAS) de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y 2 de la Sociedad Española de Reumatología (SER), además de un coordinador.

**Tabla 1**  
Recomendaciones sobre el control del embarazo en los pacientes con lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido

Recomendación	Nivel de acuerdo		
	Media (DE)	Mediana	Porcentaje de acuerdo
<b>1. Seguimiento básico del embarazo</b>			
<b>A. ¿Cuál es el perfil básico de seguimiento del embarazo en LES y/o SAF?</b>			
• Se sugiere realizar visita, como mínimo, cada 4 semanas hasta la semana 36, quincenal hasta la semana 38 y posteriormente semanales. (NE 4, GR D)	9,78 (0,41)	10	100
• En caso de actividad de la enfermedad o complicaciones obstétricas, se sugiere adecuar el seguimiento según la situación clínica. (NE 4, GR D)	10 (0,00)	10	100
• En cada visita se sugiere, además de realizar una evaluación clínica, la toma de tensión arterial y peso. (NE 4, GR D)	10 (0,00)	10	100
• Se sugiere incluir en el protocolo de analíticas del seguimiento de la gestación, las determinaciones necesarias de evaluación de la actividad según la situación clínica de la paciente incluyendo en cada visita un sedimento de orina con proteinuria, o al menos, una tira de orina. (NE 4, GR D)	10 (0,00)	10	100
• Se recomienda la realización de cribado de defectos de placentación incluyendo Doppler de arterias uterinas en la primera mitad de la gestación. (NE 1+, GR A)	10 (0,00)	10	100
• Se sugiere realizar ecografías seriadas cada 4 semanas a partir de semana 24 para control del crecimiento fetal. (NE 4, GR D)	10 (0,00)	10	100
<b>B. ¿En qué situaciones clínicas concretas hay que ampliar el seguimiento?</b>			
• En las pacientes con LES y antecedente de nefritis lúpica, se sugiere añadir al seguimiento básico la determinación de ratio proteína-creatinina (P/C) con cada analítica y si resultase patológico valorar la confirmación con proteinuria 24 h. (NE 4, GR D)	9,85 (0,34)	10	100
• En las pacientes con anticuerpos antifosfolípido, no se recomienda de forma rutinaria realizar monitorización de niveles de los mismos durante la gestación. (NE 4, GR ✓)	10 (0,00)	10	100
• En las pacientes con anticuerpos anti-Ro/SS-A y/o anti-La/SS-B, al seguimiento básico de la paciente con LES se aconseja añadir la realización de ecocardiografía fetal periódica al menos entre las semanas 16-18 y 30-34. (NE 4, GR D)	9,92 (0,25)	10	100
• En las pacientes con anticuerpos anti-Ro/SS-A y/o anti-La/SS-B, no existe evidencia sobre la pauta precisa de periodicidad para realizar la ecocardiografía fetal. (GR ✓)	9,92 (0,25)	10	100
<b>2. Actividad lúpica</b>			
<b>A. ¿Qué glucocorticoides usar y a qué dosis?</b>			
• Se recomienda la utilización de glucocorticoides (GC) no fluorados, especialmente prednisona y metilprednisolona, para el tratamiento materno durante la gestación. (NE 1+, GR A)	10 (0,00)	10	100
• Se sugiere el uso de GC orales (prednisona/metilprednisolona) preferiblemente a dosis que no superen los 20 mg/día de inicio en manifestaciones graves y 7,5 mg/día en manifestaciones leves. (NE 4, GR ✓)	9,78 (0,55)	10	100
• Se sugiere el uso de bolus de metilprednisolona intravenosos (iv) durante la gestación en casos de afectación moderada-grave. (NE 4, GR D)	9,85 (0,34)	10	100
<b>B. ¿Qué otros inmunosupresores se pueden emplear en caso de brote y a qué dosis?</b>			
• Se recomienda el uso de azatioprina (AZA) fundamentalmente en brotes moderados y/o graves, a dosis menor o igual a 2 mg/kg. (NE 2+, GR B)	9,92 (0,25)	10	100
• Se sugiere el uso de ciclosporina (NE 2+, GR B) y tacrolimus (NE 2-, GR D) en brotes moderados/graves, particularmente en casos de nefritis, a la menor dosis posible según niveles séricos, con monitorización de la tensión arterial, función renal y glucemia.	9,92 (0,25)	10	100
• Se sugiere el uso de inmunoglobulinas iv (IVIG) en situaciones refractarias a tratamiento inmunosupresor y/o para ganar tiempo de gestación. (NE 3, GR D)	9,85 (0,34)	10	100
• El uso de ciclofosfamida (CFM) está en principio desaconsejado, y solo se sugiere en casos de actividad grave refractaria de la enfermedad con riesgo vital materno a partir del segundo trimestre. (NE 2+, GR C)	9,92 (0,25)	10	100
• De forma excepcional, puede considerarse el uso del rituximab en el 1.º trimestre. Se desaconseja en fases más avanzadas debido al riesgo de depleción de células B en el neonato. (NE 3, GR D)	9,85 (0,34)	10	100
<b>C. ¿Cuáles son las diferencias en la aproximación terapéutica en función del perfil clínico?</b>			
• En todas las pacientes con LES, se recomienda NO SUSPENDER la hidroxicloroquina (HCQ) durante el embarazo. (NE 2+, GR B)	10 (0,00)	10	100
• En las pacientes serológicamente activas, pero clínicamente inactivas, se sugiere no iniciar o intensificar el tratamiento. (NE 4, GR ✓)	10 (0,00)	10	100
• En las pacientes con brotes leves (artralgias, lesiones cutáneas lúpicas localizadas como rash malar o lesiones discoides únicas), se sugiere añadir GC a dosis bajas (5-7,5 mg/día) al tratamiento de base con HCQ. (NE 4, GR ✓)	9,85 (0,51)	10	100
• En las pacientes con brotes leves (artralgias, lesiones cutáneas lúpicas localizadas como rash malar o lesiones discoides únicas), se sugiere la reducción progresiva de la dosis de GC hasta alcanzar una dosis de mantenimiento menor o igual a 5 mg/día. (NE 4, GR ✓)	9,85 (0,51)	10	100
• En las pacientes con brotes leves (artralgias, lesiones cutáneas lúpicas localizadas como rash malar o lesiones discoides únicas), se desaconseja el tratamiento mantenido con AINE debido fundamentalmente a los riesgos maternos de hipertensión arterial, efectos gastrolesivos, daño renal y hepatotoxicidad con las dosis habitualmente utilizadas en la práctica clínica. (NE 4, GR ✓)	9,85 (0,51)	10	100
• En las pacientes con brotes leves (artralgias, lesiones cutáneas lúpicas localizadas como rash malar o lesiones discoides únicas), se sugiere evitar el uso de AINE después de la semana 30 de gestación por el riesgo de oligohidramnios y cierre del ductus arterioso. (NE 3, GR D)	10 (0,00)	10	100
• En las pacientes con brotes moderados (poliartritis, trombocitopenia moderada, anemia hemolítica con baja tasa de hemólisis, lesiones lúpicas extensas, pericarditis/derrame pericárdico no grave, derrame pleural, vasculitis cutánea, brote leve que no responde al tratamiento aconsejado), se sugiere el empleo de pulsos de metilprednisolona 125 mg (de 1 a 3 días consecutivos), seguido de prednisona a dosis inicial máxima de 5-10 mg/día tras finalizar los pulsos. (NE 4, GR ✓)	9,78 (0,55)	10	100

Tabla 1 (continuación)

Recomendación	Nivel de acuerdo		
	Media (DE)	Mediana	Porcentaje de acuerdo
• En las pacientes con brotes moderados (poliartritis, trombocitopenia moderada, anemia hemolítica con baja tasa de hemólisis, lesiones lúpicas extensas, pericarditis/derrame pericárdico no grave, derrame pleural, vasculitis cutánea, brote leve que no responde al tratamiento aconsejado), si la persistencia de la sintomatología no permitiese el descenso de la dosis de corticoides, se recomienda la adición de azatioprina. <b>(NE 2+++, GR B)</b>	9,85 (0,51)	10	100
• En las pacientes con brotes moderados (poliartritis, trombocitopenia moderada, anemia hemolítica con baja tasa de hemólisis, lesiones lúpicas extensas, pericarditis/derrame pericárdico no grave, derrame pleural, vasculitis cutánea, brote leve que no responde al tratamiento aconsejado), en caso de intolerancia a azatioprina, se sugiere el uso de anticalcineúricos. <b>(NE 4, GR √)</b>	9,85 (0,51)	10	100
• En las pacientes con brotes graves (nefritis proliferativa, neumonitis lúpica, trombocitopenia grave, anemia hemolítica con alta tasa de hemólisis, derrame pericárdico severo, derrame pleural refractario, manifestaciones neuropsiquiátricas graves), se sugiere el uso precoz de pulsos de metilprednisolona 125, 250 o 500 mg en función de la gravedad del caso (3 días consecutivos) seguida de prednisona oral a dosis máxima de 20-30 mg/día con descenso quincenal 20-15-10-7,5-5 mg/día hasta alcanzar la dosis objetivo de mantenimiento menor o igual a 5 mg/día. <b>(NE 2–, GR √)</b>	9,78 (0,55)	10	100
• En las pacientes con brotes graves (nefritis proliferativa, neumonitis lúpica, trombocitopenia grave, anemia hemolítica con alta tasa de hemólisis, derrame pericárdico severo, derrame pleural refractario, manifestaciones neuropsiquiátricas graves), sugerimos el uso de IVIG (0,4 g/kg × 5 días), tras la administración de los pulsos de metilprednisolona, realizando un balance individualizado del riesgo trombótico. <b>(NE 4, GR D)</b>	9,50 (0,90)	10	100
• En las pacientes con brotes graves (nefritis proliferativa, neumonitis lúpica, trombocitopenia grave, anemia hemolítica con alta tasa de hemólisis, derrame pericárdico severo, derrame pleural refractario, manifestaciones neuropsiquiátricas graves), se sugiere la administración desde el inicio de inmunosupresores ahorradores de corticoides (azatioprina, ciclosporina, tacrolimus). <b>(NE 4, GR √)</b>	9,92 (0,25)	10	100
• En las pacientes con brotes graves (nefritis proliferativa, neumonitis lúpica, trombocitopenia grave, anemia hemolítica con alta tasa de hemólisis, derrame pericárdico severo, derrame pleural refractario, manifestaciones neuropsiquiátricas graves), el uso de CFM está en principio desaconsejado, y solo se sugiere en casos de actividad orgánica grave refractaria o riesgo vital materno, a partir del 2.º trimestre. <b>(NE 2+, GR C)</b>	9,92 (0,25)	10	100
• En las pacientes con brotes graves (nefritis proliferativa, neumonitis lúpica, trombocitopenia grave, anemia hemolítica con alta tasa de hemólisis, derrame pericárdico severo, derrame pleural refractario, manifestaciones neuropsiquiátricas graves), de forma excepcional, puede considerarse el uso del rituximab en el 1.º trimestre. Se desaconseja en fases más avanzadas debido al riesgo de depleción de células B en el neonato. <b>(NE 3, GR D)</b>	9,85 (0,34)	10	100
<b>D. ¿Tienen las escalas de actividad lúpica aplicabilidad/utilidad durante el embarazo?</b> • No se recomienda el uso de escalas de actividad en la práctica clínica. <b>(NE 4, GR D)</b>	9,85 (0,34)	10	100
<b>3. Nefritis lúpica (NL)</b>			
<b>A. ¿Cómo se diagnostica la NL durante la gestación?</b>			
• Se sugiere utilizar los mismos criterios que en las pacientes no gestantes: <b>(NE 4, GR D)</b> – Proteinuria > 0,5 g/día, ratio proteína/creatinina > 0,5 o empeoramiento de la proteinuria basal (aumento de 2 g/día si proteinuria basal < 3 g/día o el doble de la proteinuria basal, si previa en rango nefrótico) y/o – Deterioro inexplicado de la función renal (aumento de la Cr basal > 30%) y/o – Sedimento activo (microhematuria, piuria, cilindruria).	10 (0,00)	10	100
• Se sugiere evitar el uso del sedimento activo como marcador exclusivo de actividad renal, ya que existe un incremento de las infecciones de orina durante el embarazo. <b>(NE 4, GR D)</b>	9,92 (0,25)	10	100
• Se sugiere realizar biopsia renal para el diagnóstico definitivo de NL. <b>(NE 3, GR D)</b>	9,42 (0,97)	10	100
<b>B. ¿Se puede realizar una biopsia renal en la gestación? ¿Cuándo estaría indicada?</b>			
• Se sugiere realizar biopsia renal antes de las 32 semanas de gestación (SG), en pacientes en las que no exista contraindicación, cuando la sospecha clínica no sea suficiente o no haya una respuesta adecuada al tratamiento. <b>(NE 3, GR D)</b>	9,50 (0,98)	10	100
<b>C. ¿Cómo llevar a cabo el diagnóstico diferencial de la NL con la preeclampsia (PE)?</b>			
• Se sugiere realizar una biopsia renal para el diagnóstico definitivo. <b>(NE 3, GR D)</b>	9,42 (0,97)	10	100
• Se sugiere la determinación de niveles de factores de complemento, anti-dsDNA y sedimento urinario y la valoración clínica como apoyo en la sospecha de NL. <b>(NE 3, GR D)</b>	10 (0,00)	10	100
• Aunque no se puede establecer una recomendación actualmente, los marcadores de angiogénesis como el ratio entre «soluble fms-like tyrosine kinase 1/Placental growth factor» (sFlt-1/PIGF) y/o endoglin y la medición por Doppler del índice de pulsatilidad medio en las arterias uterinas (mUtA-PI) podrían ser útiles para el diagnóstico precoz de PE en pacientes con LES y SAF. <b>(NE 2++)</b>	9,64 (0,71)	10	100
<b>D. ¿Cuál es el tratamiento de la NL durante la gestación?</b>			
• En el manejo inicial de los brotes de NL, se sugiere el uso de pulsos de metilprednisolona (250-500 mg/día durante 3 días consecutivos) seguido de dosis de prednisona o equivalente ≤ 30 mg/día. <b>(NE 2++, GR C)</b>	9,85 (0,51)	10	100
• La pauta de descenso de esteroides se realizará como se recomienda en el manejo de los brotes graves (ver en apartado de manejo de actividad).	9,85 (0,51)	10	100
• Se sugiere añadir desde el inicio aquellos tratamientos que sean compatibles con el embarazo como HCQ, azatioprina, anticalcineúricos e IVIG, solos o en combinación en función de la gravedad del cuadro. <b>(NE 3, GR C)</b>	9,92 (0,25)	10	100
• Se sugiere el uso de AZA como inmunosupresor de elección para el tratamiento de inducción en las NL que debutan durante el embarazo o para el mantenimiento en las pacientes con diagnóstico previo. <b>(NE 3, GR C)</b>	9,85 (0,51)	10	100

Tabla 1 (continuación)

Recomendación	Nivel de acuerdo		
	Media (DE)	Mediana	Porcentaje de acuerdo
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se desaconseja el uso de CFM. Solo se debería considerar su uso en casos de actividad grave refractaria o riesgo vital materno, a partir del 2.º trimestre. <b>(NE 2, GR D)</b></li> </ul>	9,92 (0,25)	10	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sugiere el uso de plasmaféresis o inmunoadsorción en los casos refractarios a todas las terapias previas. <b>(NE 3, GR C)</b></li> </ul>	9,28 (1,16)	10	92,85
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonista del receptor de angiotensina II (ARA-II) están contraindicados durante el embarazo, por lo que para el control de la TA se sugiere el uso de nifedipino, labetalol, hidralazina o metildopa. <b>(NE 3, GR C)</b></li> </ul>	10 (0,00)	10	100
<p><b>4. Manejo de complicaciones en gestantes con SAF/AAF</b></p> <p><b>A. ¿Cómo tratar el SAF obstétrico durante la gestación?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En pacientes con SAF obstétrico e historia de abortos precoces (&lt; 10 semanas) de repetición se recomienda tratamiento con AAS a dosis bajas <b>(NE1, GRA)</b> con o sin heparina de bajo peso molecular (HBPM) profiláctica asociada. <b>(NE 4, GR D)</b></li> </ul>	9,14 (2,38)	10	92,85
<ul style="list-style-type: none"> <li>En pacientes con SAF obstétrico e historia de muerte fetal (&gt; 10 semanas) se sugiere tratamiento con AAS a dosis bajas y HBPM a dosis profilácticas. <b>(NE 4, GR D)</b></li> </ul>	9,85 (0,36)	10	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>En pacientes con SAF obstétrico e historia de PE grave y/o insuficiencia placentaria, se recomienda tratamiento con AAS a dosis bajas <b>(NE 1–, GRB)</b> ± HBPM en función del perfil de riesgo individual. <b>(NE 4, GR D)</b></li> </ul>	8,92 (1,43)	9	92,85
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sugiere iniciar tratamiento con AAS de forma preconcepcional. <b>(NE 2++, GR C)</b></li> </ul>	10 (0,00)	10	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>En pacientes portadoras asintomáticas de AAF con perfil de alto riesgo se sugiere tratamiento con AAS. <b>(NE 4, GR D)</b></li> </ul>	9,78 (0,55)	10	100
<p><b>B. ¿Cómo tratar un SAF obstétrico refractario?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En las pacientes con abortos de repetición y/o pérdidas fetales refractarias a tratamiento con AAS + HBPM se recomienda añadir al tratamiento HCQ durante la totalidad del embarazo o prednisona a bajas dosis durante el primer trimestre. <b>(NE 2+, GR C)</b></li> </ul>	9,78 (0,41)	10	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>En casos de CIR y/o preeclampsia precoz grave, se sugiere el uso de pravastatina 20 mg/día desde el inicio de la preeclampsia. <b>(NE 2+, GR C)</b></li> </ul>	8,92 (2,31)	10	92,85
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se recomienda uso de IVIG y plasmaféresis, si bien podría considerarse en ausencia de respuesta a otros tratamientos. <b>(NE 2, GR, ✓)</b></li> </ul>	9,35 (0,97)	10	100
<p><b>C. ¿Cómo manejar la trombocitopenia en gestantes con SAF/AAF?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En pacientes gestantes con SAF y trombocitopenia, se sugiere tratar de forma similar a la trombocitopenia por LES. <b>(NE 3, GR D)</b></li> </ul>	9,71 (0,79)	10	100
<p><b>D. ¿Cómo manejar la trombolisis en gestantes con SAF/AAF?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se recomienda anticoagulación con HBPM antes que con HNF. <b>(NE 1+, GR A)</b></li> </ul>	9,85 (0,51)	10	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se recomienda utilizar HNF, fondaparinux, danaparoides, los filtros de vena cava y la trombolisis en situaciones especiales o contraindicación para HBPM. <b>(NE 2++, GR B)</b></li> </ul>	9,92 (0,25)	10	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se recomiendan los nuevos anticoagulantes orales ya que no existen estudios sobre ellos en gestación. <b>(NE 3, GR C)</b></li> </ul>	10 (0,00)	10	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sugiere mantener la anticoagulación durante toda la gestación y hasta 6 semanas postparto en AAF–, o indefinida si AAF+. <b>(NE 4, GR D)</b></li> </ul>	9,92 (0,25)	10	100
<p><b>E. ¿La administración de HBPM a dosis terapéutica debería hacerse cada 12 o 24 h?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No existe suficiente evidencia para recomendar una u otra pauta posológica. <b>(NE 2+, GR C)</b></li> </ul>	9,92 (0,25)	10	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sugiere utilizar HBPM cada 24 h debido a su posología favorable. <b>(NE 4, GR ✓)</b></li> </ul>	9,57 (1,11)	10	92,85
<p><b>F. ¿Se debe realizar analítica tras iniciar HBPM en gestantes con SAF/AAF?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No existe suficiente evidencia para recomendar la determinación analítica en gestantes que inician tratamiento con HBPM. <b>(NE 2++, GR B)</b></li> </ul>	9,28 (1,82)	10	92,85
<p><b>G. ¿Cómo debemos realizar el paso a HBPM en gestantes con SAF y tratamiento previo con anticoagulantes orales anti-vitamina K?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se sugiere sustituir los anticoagulantes orales anti-vitamina K por HBPM cuando el test de gestación sea positivo, recomendándose realizarlos frecuentemente para evitar detectar el embarazo más allá de la 6.ª–8.ª semana desde la fecha de la última regla. <b>(NE 2+ GR C)</b></li> </ul>	9,35 (2,31)	10	92,85
<p><b>H. ¿Se debe realizar monitorización factor Xa en gestantes con SAF y/o AAF+ en tratamiento con HBPM?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se recomienda monitorizar actividad factor Xa. <b>(NE 2, GR B)</b></li> </ul>	9,21 (2,30)	10	92,85
<p><b>5. Anticuerpos anti-Ro/anti-La y bloqueo cardiaco congénito (BCCC)</b></p> <p><b>A. ¿Debemos tratar con HCQ a todas las gestantes anti-Ro+?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante el embarazo, se sugiere utilizar HCQ en las mujeres con anticuerpos anti-Ro/anti-La positivos, ya que puede reducir el riesgo de BCC. <b>(NE 2+, GR C)</b></li> </ul>	10 (0,00)	10	100
<p><b>B. ¿En qué momento sería recomendable iniciar el tratamiento con HCQ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se sugiere iniciar el tratamiento con HCQ previo al embarazo, cuando comience el intento de gestación. <b>(NE 4, GR ✓)</b></li> </ul>	9,42 (1,44)	10	92,85
<p><b>C. ¿Cómo monitorizar la afectación cardíaca en gestantes anti-Ro+?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En mujeres embarazadas con anticuerpos anti-Ro y/o anti-La positivos se sugiere realizar despistaje de BCC mediante ecocardiografía-Doppler, cada 2 semanas desde la semana 16-18 hasta la 30-34 de la gestación. <b>(NE 4, GR D)</b></li> </ul>	9,64 (0,71)	10	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>En mujeres embarazadas con anticuerpos anti-Ro y/o anti-La positivos y con antecedente de BCC o lupus neonatal previo, se recomienda realizar despistaje de BCC, semanalmente desde la semana 16 a la 26 de la gestación, y cada 2 semanas posteriormente hasta la semana 34. <b>(NE 4, GR D)</b></li> </ul>	9,78 (0,55)	10	100
<p><b>D. ¿Cuáles serían las pautas de tratamiento en gestantes anti-Ro+ con bloqueo cardiaco fetal grado I, II, III o fibroelastosis/hidrops fetal?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En la primera determinación de un BC de primer grado, no se recomienda tratamiento. En el caso de BC de primer grado persistente, se sugiere el uso de GC fluorados se debe individualizar y no se recomienda el uso prolongado de dosis altas. <b>(NE 3, GR ✓)</b></li> </ul>	9,07 (2,31)	10	92,85
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sugiere el uso de GC fluorados en casos de bloqueo cardiaco de 2.º grado o de 3.º grado asociado a hidrops fetal. <b>(NE 2+, GR C)</b></li> </ul>	9,78 (0,55)	10	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>En casos particularmente graves, se sugiere plantear la terapia combinada con GC, IVIG y/o plasmaféresis. <b>(NE 3, GR D)</b></li> </ul>	9,35 (1,34)	10	92,85

Tabla 1 (continuación)

Recomendación	Nivel de acuerdo		
	Media (DE)	Mediana	Porcentaje de acuerdo
• No se recomienda tratamiento con IVIG, ya que no se ha demostrado su eficacia. (NE 2+, GR C)	9,78 (0,55)	10	100
• Se sugiere no mantener tratamiento con dosis altas de GC desde el diagnóstico del BCC hasta el final del embarazo. (NE 4, GR √)	9,85 (0,34)	10	100
• No hay datos que permitan recomendar el uso de dexametasona frente a betametasona. Pueden utilizarse indistintamente. (NE 2+, GR C)	10 (0,00)	10	100
<b>6. Defectos de placentación, complicaciones vasculares gestacionales</b>			
<b>A. ¿A quién y cuándo hay que hacer screening de riesgo de preeclampsia (PE)?</b>			
• Se recomienda realizar el screening de PE a toda gestante al inicio del embarazo, investigando la presencia de factores de riesgo tanto previos al embarazo como gestacionales. (NE 1++, GR A)	10 (0,00)	10	100
• Se recomienda utilizar una combinación de diferentes factores de riesgo, como características maternas, antecedentes obstétricos y marcadores bioquímicos y biofísicos, incluyendo Doppler uteroplacentario, para el cálculo de riesgo específico de preeclampsia. (NE 1++, GR A)	10 (0,00)	10	100
• Se sugiere considerar la positividad para anticuerpos antifosfolípido (con o sin lupus) y la presencia o historia previa de nefritis lúpica como factores suficientes para inicio de profilaxis de PE, por lo que el <i>screening</i> podría no ser necesario en esas mujeres. (NE 2+, GR C)	9,85 (0,51)	10	100
• Se sugiere limitar la consideración como grupo de riesgo de PE a aquellas gestantes con determinaciones repetidamente positivas de anticuerpos antifosfolípido, particularmente a las portadoras de anticoagulante lúpico y/o dobles o triples positivas. (NE 2+, GR C)	9,85 (0,51)	10	100
• Se sugiere no considerar el LES inactivo sin historia de nefritis lúpica como un factor de riesgo a la hora de calcular el riesgo de PE. (NE 2++, GR B)	9,50 (0,90)	10	100
<b>B. ¿Debemos tratar con AAS a pacientes con PE previa o factores de riesgo de PE?</b>			
• Se recomienda la administración de AAS a dosis bajas para prevención de riesgo de PE en gestantes consideradas de alto riesgo. (NE 1++, GR A)	10 (0,00)	10	100
• Se recomienda iniciar la profilaxis con AAS antes de las 16 semanas de gestación. (NE 1+, GR A)	10 (0,00)	10	100
• Se recomienda utilizar dosis de AAS entre 75-150 mg/día. (NE 1+, GR A)	10 (0,00)	10	100
• Se recomienda administrar AAS en gestantes de alto riesgo a partir de las 16 semanas si no ha podido iniciarse previamente. (NE 1+, GR A)	10 (0,00)	10	100
• Se sugiere comenzar el tratamiento con AAS antes de la semana 12 en las pacientes con positividad mantenida para anticuerpos antifosfolípido (con o sin lupus) y/o presencia o historia previa de nefritis lúpica, sin esperar a los resultados del <i>screening</i> . (NE 4, GR √)	10 (0,00)	10	100
<b>C. ¿Qué utilidad tiene el estudio Doppler de arterias uterinas (AUt) en estas pacientes?</b>			
• Se sugiere realizar Doppler de AUt en el 1.º y 2.º trimestre, como parte del control obstétrico de estas pacientes. El Doppler en el 1.º trimestre puede ser de especial interés en gestantes con LES estimadas de bajo riesgo de PE, en las que su alteración podría justificar el inicio de profilaxis con AAS. (NE 3, GR D)	9,92 (0,25)	10	100
• En gestaciones con Doppler de AUt patológico en segundo trimestre, se sugiere despistaje de RCIU (biometrías seriadas y Doppler de AU) desde la semana 26-28. (NE 2+, GR C)	10 (0,00)	10	100
<b>D. ¿Qué utilidad tiene el estudio Doppler de circulación fetal en estas pacientes?</b>			
• Se recomienda la utilización del Doppler de arteria umbilical como método primario de monitorización del feto pequeño para la edad gestacional (SGA) y el RCIU. (NE 1+, GR A)	9,92 (0,25)	10	100
• Se sugiere la utilización rutinaria del Doppler de arteria umbilical en mujeres con anticuerpos antifosfolípido y LES con factores de riesgo, obstétrico o médicos, para sufrir complicaciones vasculares gestacionales, especialmente RCIU. (NE 3, GR D)	9,92 (0,25)	10	100

### **Documento final de consenso**

Todas las recomendaciones aparecen contenidas en la [tabla 1](#).

### **Financiación**

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

### **Conflicto de intereses**

E. Rodríguez Almaraz ha recibido financiación en concepto de ponencias, cursos y congresos de Novartis, Roche, GSK, Menarini,

Grünenthal, Abbvie, UCB y Lilly, y becas de investigación de MSD.

V. Martínez-Taboada ha recibido apoyo financiero de Roche para la financiación de un proyecto de investigación independiente, y de Sanofi en concepto de ponencias.

El resto de autores declaran no haber tenido conflicto de intereses.

### **Anexo. Material adicional**

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.reuma.2019.09.003](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.09.003)