

## **Lupus eritematoso sistémico y embarazo. Planteamiento bioético**

**Dra. Yusimí Reyes Pineda (1), Dr. José Pedro Martínez Larrarte (2)**

### **Resumen**

Hasta hace unos años el embarazo era una situación desaconsejada en las pacientes que sufren de Lupus Eritematoso Sistémico, el presente trabajo muestra las modificaciones que a tenido este concepto, y el enfoque bioético de la consulta sobre la posibilidad de concebir un hijo en 9 mujeres que sufren de esta enfermedad y se atienden en el Servicio Nacional de Reumatología, brindando orientaciones y consejos indispensables para que este hecho se lleve a cabo sin la presencia de complicaciones, y concluya con un embarazo natural y un parto a término, hecho que se logró en 4 pacientes.

*Palabras claves:* Lupus Eritematoso Sistémico, Embarazo, Bioética.

### **Introducción**

La historia del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) comenzó hace 150 años con la descripción de esta enfermedad por Von Hebra, conociéndose en la actualidad como una enfermedad autoinmune del tejido conectivo y etiología aún desconocida, que puede adoptar diferentes expresiones clínicas e inmunológicas, caracterizadas por la presencia de múltiples autoanticuerpos que participan en la lesión tisular mediada por estos factores (1).

La incidencia anual se ha calculado en 6-7/100 000 habitantes y superior a 35/100 000 en grupos de riesgo y la prevalencia general de 1 por cada 2000 habitantes (2,3).

En la mayoría de los pacientes la sintomatología aparece entre los 15 y 40 años, resultando una enfermedad básicamente de mujeres jóvenes que se encuentran en plena edad fértil por lo que una paciente embarazada afectada de LES no constituye una situación clínica excepcional (4).

La actividad de la enfermedad, el deterioro de la función renal o el tratamiento inmunosupresor son por lo general contraindicaciones para el embarazo, pero muchas veces, esto es solo un fenómeno transitorio, y no significa que la fertilidad en el LES esté disminuida, siendo muchas de estas situaciones clínicas reversibles (5).

Los abortos espontáneos y los fetos prematuros especialmente en las mujeres con anticoagulante lúpico o anticuerpos anticardiolipinas son así mismo frecuentes, pero esto no contraindica la gestación ya que un tratamiento adecuado reduce estas posibilidades a las mismas de la población general; excepto en los casos con nefropatía activa e insuficiencia renal la que pudiera agravarse con el embarazo; por lo demás, la presencia de complicaciones obstétricas es baja y en la mayoría de las gestantes la enfermedad permanecerá en la misma situación que estaba antes de embarazarse(6).

En los últimos años ha cambiado el pronóstico del LES y se conocen nuevos factores que pueden influir en las posibilidades del embarazo; hoy con toda seguridad el médico puede aconsejar mejor ante las preguntas que siempre le plantea la mujer con lupus en edad fértil (7, 8,9).

Una de las obligaciones médicas primordiales en la actualidad, es comunicarle al enfermo la situación en que se encuentra, los posibles tratamientos, sus complicaciones y pronóstico; en este sentido la veracidad de la información se transforma en obligación moral y a las decisiones tomadas en estas condiciones por el enfermo, se reconoce como consentimiento informado elemento indispensable de la relación médico paciente cuando un equipo de salud atiende a una paciente con LES, y quiera concebir un hijo(10,11,12).

El objetivo de este trabajo fue valorar las consecuencias del consentimiento informado y los principios de la autonomía que avala la bioética, en el resultado final de un grupo de pacientes enfermas de LES en edad fértil, atendidas en la consulta de reumatología, que indagaban acerca de las posibilidades de lograr un embarazo y el pronóstico del mismo.

## Método

Este estudio se realizó con 9 pacientes femeninas en edad fértil con el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico procedentes de la consulta del Servicio Nacional de Reumatología del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "10 de Octubre".

Todas las pacientes presentaban la inquietud de quedar embarazadas, pero tenían el temor de que la enfermedad afectara aún más su salud o la de su futuro hijo.

Fue analizado el estado clínico y la terapéutica empleada en ese momento para valorar la posibilidad que tenían de embarazo sin que este fuera a representar un riesgo para la vida de la paciente y el feto, con la intención de llegar a acuerdos razonables que pudieran recomendar la posibilidad del mismo en el momento de la consulta, o su posposición para cuando existiera un control mas efectivo de su enfermedad.

## Resultados

En nuestro estudio, una vez realizado una valoración de la situación clínica y terapéutica en cada enferma y como resultado del mismo, se recomendó la posibilidad de embarazo en 4 de ellas; estas tenían ANA negativo, la VSG inferior a 40 mm/h y sólo presentaban lesiones dérmicas localizadas o artralgias matinales, y un tratamiento de base con 15 mg de prednisona al día.

Estas lograron el embarazo y durante la gestación se mantuvo la terapéutica esteroidea. Una de las pacientes comenzó a presentar hipertensión arterial a partir del 7mo mes y fue necesario disminuir la prednisona a 5 mg asociando furosemida al tratamiento; al concluir la gestación tuvieron un parto a término normal.

Las otras cinco fueron convencidas de posponer el embarazo para otro momento, debido a que clínicamente se encontraban en actividad según los siguientes criterios (tabla 1).

<b>RESUMEN CLÍNICO TERAPÉUTICO DE LAS PACIENTES CON LES QUE POSPUSIERON SU EMBARAZO</b>	
Paciente No.1	VSG > 50 mm/h, ANA, anti DNA a positivos, proteinuria mayor de 2 gramos en 24 horas. Bolos de ciclofosfamida trimestral.
Paciente No.2	VSG > 50 mm/h, ANA y anti DNA a positivos, cefalea perenne resistente a los analgésicos. Inmurrán oral
Paciente No.3	VSG > 50 mm/h, ANA positivo, Anti DNA a negativos, antecedentes resientes de convulsiones tónico clónicas generalizadas y deterioro cognoscitivo. Ciclofosfamida oral.

Paciente No.4	VSG > 50 mm/h, ANA y anti DNA a positivos, derrame pericárdico, artritis. Ciclofosfamida oral.
Paciente No.5	Anemia hemolítica auto inmune, trombocitopenia, leucopenia, dermatitis y artritis. Inmurán oral.

**Tabla 1**

## Discusión

A la enferma con LES le preocupa la posibilidad de tener hijos y el médico debe poseer los conocimientos científicos adecuados para dar una respuesta acertada., base elemental de la beneficencia en la ética médica, que nos plantea en primer lugar que para ser buen médico, y brindar el servicio que espera el paciente, debemos estar bien informados.

Atrás quedo la época en que la concepción de los hijos en las pacientes con LES era proscrita por sus médicos de cabecera, lo ha demostrado el hecho de que en múltiples ocasiones esta población de enfermas ha quedado embarazada y han tenido un parto feliz sin más dificultades que las propias de la gestación. Sin embargo es importante que la paciente con esta enfermedad conozca que existen aspectos clínicos que no contraindican la gestación pero si predicen la aparición de complicaciones durante el mismo hecho logrado con los 5 casos de nuestro estudio que pospusieron su embarazo.

Dentro se estos aspectos clínicos tenemos la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) (anticoagulante lúpico ó anticuerpos anticardiolipinas) que está relacionado con un aumento del riesgo de aborto, los cuales identifican un subgrupo de pacientes con LES con una alta incidencia de pérdidas fetales.

Otra de las complicaciones que puede presentarse y que afecta al niño es el Lupus neonatal, un subgrupo clínico de LES de escasa incidencia que esta relacionada con la presencia de anticuerpos anti-Ro ó anti-La. Se caracteriza por la aparición de diversas alteraciones transitorias, como lesiones cutáneas similares a las del lupus eritematoso cutáneo subagudo; hematológicas y afectación en el tejido de conducción cardiaco que puede provocar diversos grados de bloqueo auriculoventricular, aunque esto es un hecho poco frecuente, es importante que la paciente conozca esta situación en el momento de valorar su embarazo, y que no sea un hecho a lamentar si se presenta posteriormente, y no tuviera una información correcta sobre el mismo.

Otro aspecto que no debemos dejar de mencionar y que crea preocupación en la paciente con LES embarazada y en el médico de asistencia, es el uso de fármacos durante la gestación. Es tan alta la conciencia social de no tomar medicamentos durante este periodo que la mayoría de estas enfermas abandonan la terapéutica, lo que puede traer graves consecuencia para la madre. Resulta muy importante que el médico le suministre una adecuada información tanto a la paciente como a su familia de los fármacos que se pueden usar, así como sus posibles efectos secundarios; en nuestro estudio seguimos esta metodología logrando concienciar a las enfermas que se embarazaron de continuar con su terapéutica, presentándose un mínimos de efectos adversos fácilmente corregibles, por lo que no tuvimos que lamentar abandonos del tratamiento y por lo tanto posibles recaídas en estas enfermas .

Una vez que la paciente con LES esté embarazada debe tener un seguimiento por un equipo multidisciplinario constituido por un reumatólogo y un obstetra desde el inicio, y sumarse un neonatólogo al final del mismo; así como aplicarle algunos de los cuestionarios validos para medir la actividad lúpica como el SLEDAI en cada consulta, hecho que se realizó con las pacientes del estudio que se embarazaron.

En el seguimiento de esta población de paciente siempre que existan posibilidades deben tenerse en cuenta los siguientes parámetros; de lo contrario, como es de suponer se exige un

mayor esfuerzo de seguimiento clínico para sospechar y tratar las complicaciones que se puedan presentar en este periodo:

- Tensión arterial (TA), hemograma con diferencial, VSG, creatinina en sangre y orina; proteinuria de 24 horas en cada consulta.
- ANA, ANTI DNA de doble cadena, C3, C4 bimensual.
- Anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipinas trimestral.
- Anti-Ro/SSA y Anti-La/SSB 2 veces durante el embarazo.
- UTS fetal, Ecocardiograma fetal y Eco-Doppler fetal cada vez que sea necesario.

Teniendo en cuenta los elementos antes explicado, y a la luz de los conocimientos actuales, ante una paciente con LES que nos pregunte si puede tener un hijo con esta enfermedad, no debemos mantener una ética paternalista que con la idea de realizar un acto de no maleficencia cercenamos su autonomía de decidir tenerlo.

Nuestra respuesta seria, es usted quien debe decidir; y esta respuesta debe ser basada en la autonomía y el consentimiento comprendido de la paciente que conlleva:

- Un conocimiento profundo, total y asimilado de todos los aspectos negativos que se pueden presentar durante el embarazo tanto para ella como para el producto de su concepción.
- Los aspectos positivos y negativos en cuanto al uso de determinadas drogas para el control de la enfermedad durante este periodo.
- Importancia del control estricto del embarazo por los especialistas que se encargaran de la dispensarización y seguimiento del mismo.

Resulta más fácil dar una respuesta positiva cuando la paciente se encuentra con la enfermedad controlada y la terapéutica limitada a drogas no teratogénicas como sucedió en los cuatro casos que se embarazaron de nuestra serie, las cuales con un pesquiasaje ginecoobstétrico-reumatológico tiene grandes posibilidades de llegar a término con un embarazo normal.

No sucede así en casos que la enfermedad se encuentre activa clínicamente, o las terapias representan un riesgo de contraer malformaciones en el feto. Esta situación necesita un enfoque bioético que no sólo quede reducido al consentimiento informado consistente en explicarle a la paciente cuales serían los riesgos de su embarazo tanto para ella como para el feto, dejando la decisión del embarazo a su propia conciencia; estos casos necesitan de un consentimiento educado y sobre todo comprendido, un enfoque superior dentro de la atención médica y la relación médico paciente, el cual requiere de conocimientos sólidos y profundos de bioética médica, teniendo en cuenta el compromiso de salud que se plantea en dos seres, en el cuál el médico debe ser capaz de hacer entender a sus enfermas el riesgo que representaría para su vida o su descendencia la posibilidad de quedar embarazadas en ese momento, como se explica en las cinco pacientes de nuestro estudio que se encontraban en actividad clínica en el momento de la consulta. El hecho de posponer sus planes familiares para otro momento respondería a las responsabilidad compartida que surge en estas situaciones y sólo se lograrían con la capacidad profesional de resolverlas bioéticamente.

## **Conclusiones**

- Las mujeres con LES controlado pueden lograr embarazos y partos a término normal.
- Debe tenerse en cuenta en el momento de tomar la decisión de un embarazo una serie de parámetros clínicos y de laboratorio entre los que se encuentran exámenes serológicos, estado de la función renal, la presencia o no de anemia hemolítica, neurolupus, alteraciones del sistema cardiorrespiratorio entre otros.

- Este grupo de pacientes para lograr realizar un embarazo feliz y armonioso, con el nivel de tranquilidad espiritual que merita este hecho, deben tener un control y seguimiento estricto tanto del especialista en obstetricia como el reumatólogo de cabecera.
- La decisión del momento del embarazo en esta población de enfermas, es una responsabilidad compartida con el equipo médico de asistencia, donde debe estar presente principios tan elementales de la bioética como la autonomía del individuo, el consentimiento informado, educado y sobre todo comprendido, objetivo fundamental de la excelente relación médico paciente que se debe desarrollar en este periodo.

## Bibliografía

1. • Rafael Herrera Esparza, Esperanza Avalos Díaz. El lupus a un siglo de la propuesta de Erlich. Rev. Mex. de Reumatol . 2002, 3 (17): 65-72
2. • J. Ordi Ros y J. Barquinero Muñoz. Embarazo en la Enfermedades del Tejido Conectivo. Enfermedades Autoinmunes del Tejido Conectivo. Ediciones Doyma1998: 199-207.
3. • Steinman RM, Nussenzweig MC. Avoiding horror auto-toxicus: The importance of dendritic cells in peripheral T cell tolerance. Proc Natl Acad Sci , USA 2002; 99:351 -58.
4. • J. Font. M. Khamashta M Vilardell. Lupus Eritematoso Sistémico. Madrid, Ediciones Doyma. 1997.
5. • Balaguer Santamaría A, Gómez de la Cruz E. Diagnóstico Prenatal: Uso actual de técnicas invasivas en nuestro entorno. Cuaderno de Bioética 1998: 25-56.
6. • Martínez Larrarte JP., et al. Estudio sobre la problemática del Consentimiento Informado al paciente en el Servicio Nacional de Reumatología. Universidad Virtual de Salud. Humanidades médicas.2003.
7. • Martínez Larrarte JP. Reflexiones sobre el desarrollo de la Bioética en la Reumatología Cubana. Rev. Cubana Reumatología. Vol II, No. 2, 2000.
8. • Aurelio Castillo; Javier Vega Gutiérrez. El principio de la Beneficencia a propósito de un caso sin consentimiento informado. cuaderno de Bioética 1998: 30-36.
9. • Palacios Boix. A. Los valores en medicina. Hacia una axiología del ethos médico. Rev. Mexicana de reumatol. 2002, 2 (17): 6-9
10. • Bueno G. El aborto desde la bioética materialista. Cuadernos de Bioética. Septiembre .2002: 67-73.
11. • C. A. Navari Consentimiento. Revista Argentina de Reumatología. Año 5, Número 4,1994: 28-32.
12. • Barreto R. Reflexiones sobre Bioética y Ejercicio médico. Caracas. Mayo 1996

**(1): Especialista de 1er grado en Medicina General Integral y de 1er grado en Reumatología**

**(2): Especialista de 2do grado en Reumatología. Profesor Auxiliar**