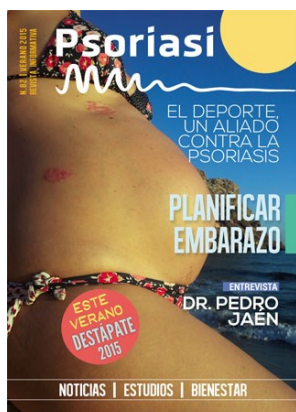


# PLANIFICAR EMBARAZO



# Psoriasis



## Queremos tener un hijo. ¿Qué debemos tener en cuenta a la hora de planificar el embarazo?

Dra. Rocío González, Dra. M<sup>a</sup> José Alonso Corral, Susana Cantalejo y Carme Roure

**Artículo publicado en la Revista Psoriasis nº 82**

**Verano 2015**

- En este artículo, damos consejos a la hora de buscar un embarazo para afrontar esta maravillosa etapa de la vida con las máximas garantías y disfrutarla como se merece.
- Se ha de consultar con un especialista, elegir un momento en que la actividad de la enfermedad sea menor, escoger la medicación adecuada y llevar unos buenos hábitos de salud: controlar el peso y evitar el tabaco y alcohol.



[www.accionpsoriasis.org](http://www.accionpsoriasis.org)



[www.facebook.com/AccionPsoriasis](https://www.facebook.com/AccionPsoriasis)



[@accionpsoriasis](https://twitter.com/accionpsoriasis)

# QUEREMOS TENER UN HIJO. ¿QUÉ DEBEMOS TENER EN CUENTA A LA HORA DE PLANIFICAR EL EMBARAZO?

La edad promedio de inicio de la psoriasis se sitúa en torno a los 28 años, cuando la mujer está en edad fértil, así que es importante analizar cómo puede afectar esta enfermedad al embarazo y a su planificación. En términos generales, el embarazo de una paciente de psoriasis es el mismo que el de una mujer que no padece la enfermedad, pero en los casos en que la patología es moderada o grave hay que tener ciertas precauciones sobre todo respecto a la medicación que se puede tomar. En este artículo, damos consejos a la hora de buscar un embarazo para afrontar esta maravillosa etapa de la vida con las máximas garantías y disfrutarla como se merece. Los más importantes: consultar al especialista, elegir un momento en que la actividad de la enfermedad sea menor, escoger la medicación adecuada y llevar unos buenos hábitos de salud: controlar el peso y evitar el tabaco y alcohol.

**C**uando una paciente desea quedarse embarazada o un paciente desea tener descendencia es importante que lo comente con los especialistas que tratan su enfermedad para poder elegir, entre todos, el mejor momento de la concepción, de menor actividad de enfermedad y con la mínima medicación necesaria para el control de su patología. Hay que evitar fármacos que puedan afectar al futuro bebé y dejar de administrar aquellos que pueden afectar la fertilidad y/o el curso de la gestación y el desarrollo del feto.

A nivel psicológico, los pacientes pueden sufrir miedo o estrés sobre cómo llevarán la enfermedad, durante la búsqueda del embarazo y durante el mismo. La principal clave para disminuir este miedo es la información que les ofrecerá su médico sobre todo el proceso. Otro aspecto que puede causar inquietud es el **riesgo de transmitir la psoriasis a los hijos**, cifrado en un 14% si uno de los progenitores tiene la enfermedad y un 41% si ambos están afectados. De todos modos, cabe destacar que una persona puede tener el gen pero no llegar a manifestar nunca la enfermedad.

Por otro lado, la psoriasis aparece en algunos estudios como un factor de riesgo para tener compli-

caciones en el embarazo, debido sobre todo, a su asociación a otros factores que pueden dar lugar al síndrome metabólico (obesidad, hipertensión, dislipemia, diabetes), ya que la psoriasis es una enfermedad autoinmune sistémica.

Así pues, es importante, entre otros aspectos, controlar el peso antes del embarazo para evitar riesgos como la diabetes gestacional o los partos pretérmino. También conviene evitar el tabaco y los estados de ansiedad.

**Tratamientos adecuados y fármacos a evitar**  
**Algunos fármacos afectan a la fertilidad o pueden producir malformaciones en el futuro bebé.** Así pues, habrá que evitarlos, tanto durante la concepción como durante el embarazo. La información sobre los efectos de cada medicamento se incluye en los respectivos prospectos informativos y consultar al especialista es absolutamente necesario. Es él, quién puede recomendar posponer la paternidad o maternidad si se están tomando medicamentos teratógenos (que pueden afectar al feto). Y es él quién debe recomendar el tratamiento adecuado en cada caso.

Es importante remarcar que actualmente se dispone de escasa evidencia científica sobre el efecto



exacto del uso de determinados fármacos sobre el desarrollo embrionario o fetal en gestantes con psoriasis, debido a la ausencia de ensayos clínicos, por evidentes razones éticas. En el tratamiento de las mujeres embarazadas con psoriasis se ha de valorar la gravedad y la extensión de la enfermedad, el potencial riesgo fetal, el beneficio esperable del tratamiento y la existencia de alternativas efectivas y seguras.

Durante el período en que se busca el embarazo, si se sufre un brote importante, el paciente debe consultar con el especialista que valorará si iniciar un tratamiento y cuál.

En el caso de recurrir a **técnicas de reproducción asistida**, no hay que tomar ninguna medida distinta a las expuestas anteriormente.



Abraham Asenjo, participante de la campaña Destápaté'14

## A continuación, citamos los principales medicamentos y sus efectos en la **etapa de concepción y embarazo, que el especialista puede llegar a prescribir o retirar, según los casos:**

- **Para la psoriasis localizada, los corticosteroides tópicos de potencia baja y moderada** son el mejor tratamiento. De todas formas, hay que tener cuidado en usarlos de forma adecuada porque pueden afectar el desarrollo del futuro bebé, ya que se absorben más durante el embarazo. También se pueden utilizar cremas hidratantes.

- **Para la psoriasis moderada, la fototerapia de banda estrecha o ultravioleta de banda ancha B** para embarazadas con placas moderadas-severas que necesiten un tratamiento sistémico porque el UVB no penetra más allá de las capas superficiales de la piel.

- Aunque la experiencia en seguridad respecto a la administración de ciclosporina en mujeres embarazadas es limitada, no se han observado indicios de teratogenicidad (de afectación al feto). La **ciclosporina** pasa a la leche materna por lo que las madres sometidas a este tratamiento deben suspender la lactancia.

- La **salzopirina** puede ser usada en el embarazo y durante la lactancia sin superar dosis de 2-3 gr. diarios.

- **Acitretino:** se aconseja evitar su administración en varones que estén planeando tener hijos, aunque no se ha demostrado que provoque alteraciones en los espermatozoides o en embarazos con hombres que lo hayan tomado. De todos modos, como los datos son escasos, está recomendado **asegurar la anticoncepción desde un mes antes del inicio de la toma de este medicamento hasta después de haber transcurrido 2-3 años después de terminar el tratamiento.**

- **Metotrexato:** produce malformaciones fetales y puede disminuir la fertilidad en hombres y mujeres y **se debe dejar de tomar cuando se planifica el embarazo, un mínimo de 4 meses antes de la concepción.** Durante estos meses, se puede tomar suplementos de ácido fólico. Está contraindicado durante el embarazo y en la lactancia.

- **Leflunomida:** produce malformaciones fetales y **se debe dejar de tomar al menos 2 años antes del embarazo.** Existe la posibilidad de reducir la toxicidad

fetal llevando a cabo un proceso para eliminar la presencia del fármaco del cuerpo, tanto en mujeres como hombres. En este caso, después hay que esperar aún un período de tiempo superior a los tres meses para empezar a buscar un embarazo. Durante la etapa de gestación, pueden producir malformaciones fetales y están contraindicados en la lactancia.

- **Terapias biológicas:** En general, no hay datos suficientes para confirmar los efectos de estos tratamientos en la fertilidad y la reproducción, por lo que se aconseja que tanto mujeres como hombres dejen de tomarlos durante la planificación de la gestación, en el embarazo y la lactancia, tal y como se especifica en la ficha técnica de cada medicamento. Pese a ello, y por la misma razón, al no tener la certeza de sus efectos negativos, los especialistas se pueden plantear su administración según el estado de la enfermedad, siempre con el consentimiento de la paciente. Por ejemplo, puede darse el caso de ciertos tratamientos biológicos en la etapa previa a una concepción in vitro, si el especialista lo considera necesario. Hay que dejar claro que cada persona y cada caso es diferente y por lo tanto los tratamientos y soluciones pueden ser también diversos.

- **Antiinflamatorios no esteroideos:** se recomienda evitarlos en el primer trimestre de embarazo y sobre todo a partir de la semana 32. Si es necesario se pueden tomar antiinflamatorios no esteroideos de vida media corta, como el ibuprofeno o el ketoprofeno. Durante la lactancia se pueden consumir, pero existe un mayor riesgo de que el bebé sufra ictericia. Se aconseja hacer coincidir la toma del medicamento con la toma del lactante para evitar concentraciones elevadas en la leche materna.

- **Corticoides:** no se han confirmado efectos adversos graves si se toman en dosis medias durante el embarazo en situaciones controladas. Hay que tener en cuenta que incrementan la intolerancia a la glucosa y la retención de líquidos y la hipertensión.

- También como producto de uso tópico se tienen que evitar durante el embarazo los **derivados del alquitrán o retinoides** como el tazaroteno por su riesgo de provocar malformaciones fetales.

### Durante el embarazo: mejora o estabilización en la mayoría de los casos

Es recomendable que, para hacer un correcto seguimiento de la enfermedad, durante el embarazo **se planifiquen revisiones más frecuentes**, a poder ser coordinadas con los ginecólogos. De esta manera, será más fácil detectar brotes y tratarlos de la forma más precoz y más favorable para la madre y para el futuro bebé.

Además, cabe destacar que durante los nueve meses de gestación entre el 30-40% de las mujeres **mejoran o estabilizan la afectación de la psoriasis**. El cuerpo es sabio, y durante el embarazo, las hormonas facilitan una regulación del sistema inmune a la baja para permitir el desarrollo del embrión, cosa que supone una mejoría en la psoriasis sobre todo en el primer trimestre para mantenerse en el segundo. Se trata de hormonas como la progesterona que disminuyen las citoquinas responsables de la actividad de la enfermedad. Cuando disminuye esta hormona, después del parto, más de la mitad de las madres con psoriasis **padece un empeoramiento**. Hay que tener en cuenta la posibilidad de brotes durante la lactancia.

**En pacientes de artritis psoriásica** también se ha detectado una mejoría en la mayoría de gestantes, y un empeoramiento, después del parto, aunque hay muy pocos informes, (basados en unos 25 embarazos).

Dicho esto, cada caso es particular y ni todas las mujeres experimentan mejoría durante el embarazo, ni todas empeoran después del parto.

*Este reportaje se ha elaborado gracias a las aportaciones de la Dra. Rocío González, reumatóloga del Hospital Reina Sofía de Murcia y la Dra. M<sup>o</sup> José Alonso Corral, especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica en el Hospital Torrecardenas de Almería y en la Clínica Dermal además de la psicóloga Susana Cantalejo y la enfermera Carme Roure de Acción Psoriasis.*

## Tres consejos básicos PARA LA ETAPA PREVIA AL EMBARAZO

-Contactar con **especialistas** antes de la planificación del embarazo y así planearlo conjuntamente en un momento de inactividad o de menor actividad de la enfermedad y acordar los tratamientos a seguir.

-La asociación entre psoriasis y otras **enfermedades metabólicas** como diabetes, obesidad, hipertensión arterial, pueden tener un impacto negativo sobre el embarazo (alteraciones congénitas, diabetes gestacional, partos a pretermino) por lo que se debe realizar **un tratamiento precoz de estas enfermedades**. Se tienen que evitar factores de riesgo: controlar el peso y la alimentación, evitar el consumo de tabaco, estar atento a las alteraciones en los lípidos y llevar una vida lo más relajada posible.

-Los pacientes con psoriasis tienen **más tendencia a la ansiedad y la depresión**. Por este motivo, es recomendable evitar situaciones de excesiva preocupación durante estos nueve meses y resulta muy positivo contactar con otras personas que hayan pasado o estén en la misma situación **para compartir e intercambiar experiencias**.



Esteban Santana, ganador de Destápite 14



Maite Saborido, participante en la campaña Destápite 14