

Enfermedades Inflammatorias del Intestino y el Embarazo

Esta hoja habla sobre las enfermedades inflamatorias del intestino y el embarazo. En cada embarazo, las mujeres tienen del 3 al 5 por ciento de probabilidad de tener un bebé con malformaciones congénitas. Esta información no deberá usarse como un sustituto del cuidado médico o los consejos de su proveedor de la salud

¿Qué son las Enfermedades Inflammatorias del Intestino?

Las enfermedades inflamatorias del intestino (EII en español, IBD en inglés) incluyen la ileítis (enfermedad de Crohn –CD) y colitis ulcerosa (CU en español, UC en inglés). Los síntomas incluyen dolor abdominal, vómito, diarrea y pérdida de peso, entre otros síntomas. Ambas condiciones causan inflamación intestinal seria. Algunas personas quizá requieran de cirugía en algún momento durante la enfermedad. La EII frecuentemente afecta a las mujeres durante sus años fértiles.

Tengo EII y estoy considerando embarazarme. ¿Puede mi enfermedad dificultar que yo me embarace?

Las mujeres con colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn inactiva tienen todas las posibilidades de embarazarse como las que no tiene EII. La enfermedad de Crohn activa puede disminuir la habilidad de embarazarse ya que causa inflamación de los órganos pélvicos. Puede ser más difícil embarazarse si se ha sometido a una cirugía por alguna enfermedad inflamatoria del intestino, ya que la cirugía quizá provocó que se formara tejido cicatrizal en la región pélvica y alrededor de los tubos de Falopio.

¿Cómo afectará el embarazo mis síntomas?

Los efectos pueden variar. Las mujeres quienes están en remisión de la enfermedad de Crohn al inicio del embarazo tal vez no tengan cambios en los síntomas, mejora de síntomas o empeoramiento de los síntomas. Para las mujeres cuyos síntomas están activos a la hora de la concepción, el 75% continuarán teniendo la enfermedad activa durante todo el embarazo. Fumar cigarrillos puede aumentar los síntomas de la enfermedad.

La colitis ulcerosa puede volverse más activa en el primer o segundo trimestre. Sin embargo, algunas mujeres verán que sus síntomas mejoran a principios del embarazo. De las mujeres que tienen colitis ulcerosa activa a la hora de la concepción, para la mitad de ellas sus síntomas durante el embarazo empeorarán.

Tengo EII y estoy recién embarazada. ¿Tengo probabilidades más altas de aborto espontáneo debido a mi condición médica?

En las mujeres con EII inactiva, el riesgo de aborto espontáneo no debería ser más alto que el riesgo de la población general. Sin embargo, el riesgo podría ser más grande con el aumento en la severidad de la condición. Con EII severa, el índice de aborto espontáneo puede ser tan alto como el 60%.

¿Tener EII hace más probable que yo tenga un bebé con malformaciones congénitas o complicaciones en el embarazo?

No, el riesgo de malformaciones congénitas parece que no aumenta en las mujeres con EII. Las mujeres con la enfermedad activa pueden estar con un riesgo más alto de tener complicaciones en el embarazo incluyendo parto prematuro, mortinato o tener a un bebé con bajo peso al nacer. El riesgo de complicaciones puede estar relacionado a la severidad de la enfermedad de la madre durante el embarazo.

Las mujeres con la enfermedad de Crohn pueden correr un riesgo más alto de tener deficiencia de la vitamina K. La vitamina K es importante en el proceso de coagulación de la sangre. Un profesional de la salud deberá analizar el estado de nutrición de las mujeres con EII antes y durante el embarazo. Si una mujer no tiene la habilidad de absorber los nutrientes sólo de su dieta

y de las vitaminas prenatales, serán necesarios más suplementos.

¿Qué medicamentos son seguros para tratar mi EII durante el embarazo?

Existen varios tipos de medicamentos que se utilizan para tratar la EII. En algunos casos, una mujer necesitará tomar varios medicamentos durante el embarazo. Los tipos de medicamentos utilizados para tratar la EII incluyen los inmunomoduladores, antibióticos, fármacos antiinflamatorios y agentes anti-diarreicos. Para más información en agentes específicos vea nuestras hojas informativas en www.otispregnancy.org o póngase en contacto con OTIS al número sin costo 1-866-626-6847.

Ya que la EII puede estar asociada con riesgos durante el embarazo, es importante que la EII se mantenga inactiva lo más posible. El riesgo con cualquier tratamiento con medicamento debe sobrepasarse contra los beneficios de mantener la EII inactiva. Es importante que usted hable sobre las opciones de tratamiento con su gastroenterólogo cuando planea embarazarse, o tan pronto se entere que está embarazada.

Me gustaría amamantar a mi bebé. ¿Son mis medicamentos seguros para usarlos mientras amamanto?

Algunos medicamentos son de bajo riesgo, mientras que otros pueden ser más preocupantes. Para más información en agentes específicos vea nuestras hojas informativas en www.otispregnancy.org o póngase en contacto con OTIS al número sin costo 1-866-626-6847. Las opciones y los riesgos, así como los beneficios de amamantar y el uso de medicamentos deberán ser analizados con su profesional de la salud.

Mi compañero tiene EII y ha usado medicamentos para tratar sus síntomas. ¿Esto puede afectar su habilidad para tener bebés o aumentar el riesgo de tener hijos con malformaciones congénitas?

Solo la EII por lo general no afecta la fertilidad en los hombres. Sin embargo, si un hombre ha tenido cirugía para tratar EII, quizá tenga problemas relacionados con la eyaculación.

Algunos de estos medicamentos que los hombres usan pueden incluir una reducción o cambio en la producción de espermatozoides o causar cambios en el movimiento o desarrollo de éstos. La fertilidad por lo general se restituye una vez que haya terminado el tratamiento.

La exposición del padre a medicamentos es poco probable que aumente el riesgo de malformaciones congénitas ya que, a diferencia de la madre, el padre no comparte conexiones sanguíneas con el bebé en desarrollo. Para más información, por favor vea la hoja informativa de OTIS sobre [Exposiciones Paternas](#) o póngase en contacto con OTIS al número sin costo 1-866-626-6847.

OTIS al presente está conduciendo un estudio que analiza las enfermedades autoinmunes y los medicamentos que se usan para tratar las enfermedades autoinmunes en el embarazo. Si usted está interesada en participar en este estudio, por favor llame al 1-877-311-8972.

Agosto 2010.

Derechos de Autor por OTIS.

Reproducido con permiso.



Referencias Seleccionadas:

- Dominitz JA. 2002. Outcomes of infants born to mothers with inflammatory bowel disease: a population based cohort study. *Am J Gastroenterol* 97(3):641-648.
- Donaldson RM. 1985. Management of medical problems in pregnancy – inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 312(25):1615-1619.
- Fonager K, et al. 1998. Pregnancy outcome for women with Crohn's disease: a follow-up study based on linkage between national registries. *Am J Gastroenterol* 93(12):2426-2430.
- Hanan IM. 1998. Inflammatory bowel disease in the pregnant woman. *Compr Ther* 24(9):409-414.
- Hirose M, et al. 2001. Active Crohn's disease with maternal vitamin K deficiency and fetal subdural hematoma. *Obstet Gynecol* 98(5):919-921.
- Hudson M, et al. 1997. Fertility and pregnancy in inflammatory bowel disease. *Int J Gynaecol Obstet* 58:229-237.
- Ishijima N, et al. 1999. Delivery of a normal newborn after intensive medical treatment for an acute exacerbation of ulcerative colitis during pregnancy: a case report. *Surg Today* 29:1257-1259.
- Kane SV, et al. 1998. The menstrual cycle and its effect on inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome: a prevalence study. *Am J Gastroenterol* 93(10):1867 – 1872.
- Kasper OO, et al. 2002. Ulcerative colitis: female fecundity before diagnosis, during disease, and after surgery compared with a population sample. *Gastroenterology* 122:15-19.
- Katz JA and Pore G. 2001. Inflammatory bowel disease and pregnancy. *Inflam. Bowel Dis.* 7(2):146-157.
- Korelitz BI. 1998. Inflammatory bowel disease and pregnancy. *Gastroenterol Clin N Am* 27(1):213-224.
- Kornfeld D, et al. 1997. Pregnancy outcomes in women with inflammatory bowel disease – a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 177(4):942-946.
- Morales M, et al. 2000. Crohn's disease as a risk factor for the outcome of pregnancy. *Hepatogastroenterology* 47:1595-1598.
- Norgard B, et al. 2000. Birth outcomes of women with ulcerative colitis: a nationwide Danish cohort study. *Am J Gastroenterol* 95(11):3165-3170.
- Rajapakse R and Korelitz BI. 2001. Inflammatory bowel disease during pregnancy. *Curr Treat Options Gastroenterol* 4(3):245-251.
- Wolf, JL. 2002. The impact of surgery for ulcerative colitis on fertility and sexual function in women. *Gastroenterology* 122(1):226-227.

Si tiene cualquier pregunta sobre la información en esta hoja informativa u otras exposiciones durante el embarazo, llame a OTIS al 1-866-626-6847.