



Revisión de cuidados prenatales en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Prenatal care review in patients with systemic lupus erythematosus.

Rojas Sánchez, José Daniel. Universidad de Panamá, Facultad de Medicina, Panamá. josdanrojas@gmail.com <https://orcid.org/0009-0001-2364-3311>

Martínez Chavarría, Edgar Ismael. Universidad de Panamá, Facultad de Medicina, Panamá. eimg10052000@gmail.com <https://orcid.org/0009-0009-2975-7537>

Batista Bustamante, Joselin. Universidad de Panamá, Facultad de Medicina, Panamá. josibat09@gmail.com <https://orcid.org/0009-0006-7192-9361>

Recibido: 11/8/2024

Aceptado: 12/8/2024

DOI: <https://doi.org/10.48204/1608-3849.10140>

RESUMEN

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune crónica que afecta principalmente a mujeres en edad fértil, planteando desafíos significativos durante el embarazo debido a su compleja interacción con la gestación. El embarazo en estas pacientes se considera de alto riesgo debido al estado inmunológico materno y los medicamentos utilizados para tratar la enfermedad, lo que puede aumentar la incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales. La planificación familiar adecuada y la atención prenatal especializada son fundamentales para minimizar los riesgos y garantizar resultados óptimos. La evaluación de factores de riesgo que pueden exacerbar la enfermedad o sus complicaciones es crucial para un asesoramiento prenatal efectivo. En este contexto, esta revisión se enfocará en detallar los cuidados prenatales en pacientes embarazadas con lupus eritematoso sistémico, identificando las mejores prácticas clínicas y orientando futuras investigaciones en este campo para mejorar los resultados maternos y neonatales en esta población.

PALABRAS CLAVE: embarazo, complicaciones del embarazo, mantenimiento del embarazo, planificación familiar, atención prenatal, educación prenatal, diagnóstico prenatal, lupus eritematoso sistémico.

ABSTRACT

Systemic lupus erythematosus is a chronic autoimmune disease that mainly affects women of childbearing age, posing significant challenges during pregnancy due to its complex interaction with gestation. Pregnancy in these patients is considered high-risk due to maternal immune status, and the medications used to treat the disease, which may increase the incidence of obstetric and perinatal complications. Proper family planning and specialized prenatal care are key to minimizing risks and ensuring optimal outcomes. Evaluation of risk factors that may exacerbate the disease or its complications is crucial for preconception counseling. In this context, our review will focus on detailing prenatal care in pregnant patients with systemic lupus erythematosus, identifying best clinical practices, and guiding future research in this field to improve maternal and neonatal outcomes in this population.

KEY WORDS: pregnancy, time-to-pregnancy, pregnancy maintenance, pregnancy complications, prenatal care, maternal health services, prenatal education, prenatal diagnosis, lupus erythematosus, systemic.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica y multisistémica que se caracteriza por una respuesta autoinmune aberrante a autoantígenos, afectando a cualquier órgano o tejido. Afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, lo que plantea desafíos significativos durante el embarazo ^[1]. Aunque los embarazos en mujeres con LES suelen ser considerados de alto riesgo debido a la configuración inmunológica de la madre y los medicamentos utilizados para tratar la enfermedad, lo que puede aumentar la incidencia de complicaciones obstétricas

y perinatales, es posible lograr embarazos seguros siempre que se mantenga una adecuada planificación familiar y una atención prenatal especializada.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica disponible sobre los cuidados preconceptionales y prenatales en mujeres embarazadas con diagnóstico de LES. El abordaje metodológico se orientó a la síntesis cualitativa de la evidencia y resaltar recomendaciones clínicas relevantes.

Se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed, MEDLINE y DynaMed. La búsqueda fue restringida solamente a publicaciones en español o inglés que fueran publicadas entre 2014 y 2025.

Para PubMed/MEDLINE se empleó una estrategia de búsqueda basada en términos MeSH, combinando conceptos de la enfermedad, embarazo, atención preconceptional y prenatal. En DynaMed se revisaron sumarios clínicos como “Lupus in Pregnancy” y “Reproductive health considerations in women with SLE”, que permitieron identificar guías internacionales de manejo.

Se incluyeron revisiones narrativas o sistemáticas, estudios de cohorte, ensayos clínicos, guías de práctica clínica y consensos que abordaran: consejería preconceptional en LES, cuidados

prenatales y vigilancia materno-fetal, seguridad o contraindicación de fármacos en embarazo y lactancia, y estratificación de riesgo obstétrico en pacientes con LES. Excluyendo cartas al editor, series exclusivamente pediátricas, estudios sin aplicación clínica y artículos en otros idiomas.

Los artículos seleccionados se tamizaron inicialmente por título y resumen; aquellos con pertinencia clínica para el resumen fueron revisados en texto completo. Se realizó una búsqueda complementaria en las referencias de los artículos seleccionados. Finalmente, se incluyeron 22 estudios y guías relevantes, integrando la evidencia mediante un enfoque narrativo cualitativo, organizado en ejes temáticos: evaluación preconceptional y planificación familiar, estratificación del riesgo, cuidados prenatales, manejo farmacológico, complicaciones materno-fetales y seguimiento posparto.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El embarazo en pacientes con LES es considerado un factor de alto riesgo debido al estado inmunológico de la madre y los medicamentos utilizados para tratar la enfermedad ^[1,3]. Un estudio prospectivo con 43 mujeres mostró que el 60% tuvo un embarazo planificado y el 40% no; las pacientes que no planificaron presentaron un mayor número de complicaciones obstétricas, como parto pretérmino, bajo peso al nacer y abortos espontáneos ^[2,4].

Estos hallazgos son consistentes con series más amplias. En un estudio multicéntrico realizado en China con 347 embarazos en mujeres con LES, aquellas que cumplían criterios de estabilidad de enfermedad (≥ 6 meses en remisión, sin afectación de órganos vitales y con hidroxicloroquina) alcanzaron una tasa de nacidos vivos significativamente mayor (86,1 % vs 73,7 %, $p = 0,004$) y menos frecuencia de complicaciones (29,4 % vs 52,1 %; $p < 0,001$) [5].

Por otra parte, datos poblacionales reflejan que la consejería preconcepcional sigue siendo subutilizada: en un estudio transversal con 71 pacientes, solo el 25 % consultó a un médico antes de concebir y apenas el 37,1 % utilizaba algún método anticonceptivo [6].

Importancia de la planificación familiar

La correcta planificación familiar es fundamental para las pacientes con LES que desean concebir. Previo al embarazo se deben considerar parámetros como: antecedente de nefritis lúpica o con un estado activo durante la concepción, ya que puede llegar a producir una exacerbación renal durante el embarazo y pérdida fetal. La actividad sérica de complemento (C3/C4) y presencia de autoanticuerpos anti-ADN es importante por la predisposición a brotes de LES en el transcurso del embarazo. También, en pacientes con LES, las concentraciones de autoanticuerpos, como anti-RO/SSA y anti-LA/SSB, moderadas-altas están

relacionadas con la aparición de lupus congénito y bloqueo cardíaco congénito, siendo el anti-RO/SSA el más implicado [3,4,7].

Evaluación de factores de riesgo

La hipertensión arterial crónica, la nefritis lúpica y la insuficiencia renal reducen la tasa de nacidos vivos y aumentan complicaciones como preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino. En un metaanálisis de Sun C. et al de 2025, la nefritis activa al inicio del embarazo duplicó el riesgo de preeclampsia (OR 2,25; IC 95 %: 1,38–3,67) [8].

La evaluación de los factores de riesgo es un paso fundamental en el asesoramiento previo a la concepción y durante el embarazo en pacientes con LES. Por lo que se recomienda implementar estrategias preventivas que incluyan un control más estrecho del embarazo, vigilancia multidisciplinaria (obstetra materno-fetal, reumatólogo y médico familiar), el ajuste del tratamiento inmunosupresor y el manejo oportuno de factores de riesgo, son esenciales para reducir morbilidades maternas y fetales, para mejorar los desenlaces del embarazo en mujeres con LES [3,7].

Manejo y seguimiento prenatal

Cada visita prenatal requiere una monitorización integral que incluya peso, presión arterial, frecuencia cardíaca fetal y altura uterina, además de la evaluación clínica de la actividad del LES en ese momento [9]. La detección temprana de preeclampsia

es prioritaria, dado que la prevalencia en mujeres con LES puede alcanzar entre 16-25%, en comparación con el 5-8% en la población general^[10].

La vigilancia fetal debe incorporar biometría seriada, Doppler de arterias uterinas y umbilicales en el tercer trimestre, y evaluación de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) entre temprano y tardío. La ecocardiografía fetal dirigida está indicada en pacientes con factores de riesgo como la presencia de anti-RO y anti-LA, debido al mayor riesgo de bloqueo cardíaco congénito y lupus neonatal. En paralelo, en el seguimiento de la madre debe monitorizarse la función renal, proteinuria y marcadores serológicos^[7].

En el contexto del LES, las exacerbaciones durante el embarazo son relativamente frecuentes, presentándose en un rango estimado del 20-60% de los casos, aunque la mayoría no suelen ser de gravedad. Sin embargo, el riesgo materno y perinatal aumenta si la paciente presenta actividad de la enfermedad en los 6 a 12 meses previos a la concepción. Las pautas del American College of Rheumatology (ACR) desaconsejan el embarazo en aquellas pacientes cuyo estado de la enfermedad no se encuentre inactivo o bajo, recomendando en estos casos posponer la concepción hasta alcanzar seis meses en este estatus^[1,4]. En relación con el período posparto, se ha observado que las pacientes con brotes de lupus presentan una mayor incidencia de exacerbaciones, especialmente en los primeros 3-

6 meses. Un estudio prospectivo de cohorte mostró que estas recaídas afectan principalmente órganos dianas tales como: riñones, piel y articulaciones, y que la tasa de brotes en el posparto es significativamente mayor en mujeres no embarazadas ($p < 0.0001$)^[11]. Además, el uso de hidroxicloroquina ha demostrado reducir el riesgo de exacerbaciones en este período, incluso en pacientes con antecedentes de actividad moderada durante el embarazo^[12].

Consideraciones sobre tratamiento farmacológico

En pacientes embarazadas con LES, uno de los aspectos más críticos del manejo es seleccionar un tratamiento que sea eficaz para la madre y, al mismo tiempo, inocuo para el feto. El objetivo principal es controlar la actividad de la enfermedad y prevenir exacerbaciones, evitando fármacos con potencial teratogénico (**Ver Tabla 1**).

El uso de micofenolato de mofetil se asocia con una elevada tasa de aborto espontáneo en el primer trimestre y con múltiples malformaciones congénitas (atresia del canal auditivo externo, mielomeningocele, labio leporino, entre otras)^[13]. Por ello, las guías del American College of Rheumatology (2020) y de la British Society for Rheumatology (2023) recomiendan suspenderlo al menos seis semanas antes de la concepción^[9,14].

Tabla 1: Seguridad de fármacos en el embarazo y lactancia en pacientes con LES		
Fármaco	Uso en el Embarazo	Uso en Lactancia
Hidroxicloroquina	✓ Recomendado	✓ Recomendado
Prednisona/Prednisolona	✓ Dosis Bajas (≤ 10 mg/día)	✓ Compatible
Azatioprina	✓ Permitido (≤ 2 mg/kg/día)	✓ Permitido (≤ 2 mg/kg/día)
Tacrolimus	✓ Alternativa segura	✓ Compatible
Aspirina (75–150 mg)	✓ Profilaxis desde semana 12	✓ Compatible
Heparina de bajo peso molecular	✓ En SAF / riesgo trombótico	✓ Compatible
Micofenolato de mofetil	✗ Contraindicado	✗ Contraindicado
Metotrexato	✗ Contraindicado	✗ Contraindicado
Leflunomida	✗ Contraindicado	✗ Contraindicado

Fuente: Tabla creada por el Dr. José Daniel Rojas con la colaboración de ChatGPT (OpenAI). Información adaptada de las guías internacionales del American College of Rheumatology (ACR, 2020), European League Against Rheumatism (EULAR, 2017) y British Society for Rheumatology (BSR, 2023), así como de revisiones recientes sobre manejo farmacológico del LES en el embarazo y la lactancia [9-13,19].

De manera general, el esquema terapéutico durante el embarazo debe ser similar al que mantenía la paciente antes de concebir, ajustando solo aquellos fármacos contraindicados en la gestación o lactancia [9,14].

La hidroxicloroquina representa la piedra angular del tratamiento durante el embarazo, ya que reduce la frecuencia de brotes de LES y el riesgo de bloqueo cardíaco congénito sin generar efectos adversos relevantes [15,16]. Diversas revisiones han demostrado que su uso disminuye la actividad materna, reduce el riesgo de parto pretérmino y mejora la tasa de nacidos vivos [10].

En pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF), la anticoagulación profiláctica con aspirina a dosis bajas (75-150 mg/día) iniciada entre las semanas 12 y 16

de gestación reduce la incidencia de preeclampsia y pérdida fetal [11,17]. En casos con antecedentes trombóticos, puede asociarse heparina de bajo peso molecular (HBPM) según el perfil clínico.

Respecto a los corticoides, su uso en dosis bajas (prednisona ≤ 10 mg/día) es seguro y constituye el tratamiento de elección para brotes leves a moderados, aunque su evidencia sigue siendo limitada. Se ha reportado que, en dosis altas y prolongadas, se relacionan con mayor riesgo de complicaciones como preeclampsia, parto pretérmino y bajo peso al nacer [7,16,18]. Se recomienda preferir prednisona o prednisolona, ya que presentan menor paso placentario.

Los agentes inmunosupresores azatioprina (≤ 2 mg/kg/día) y tacrolimus se consideran opciones

seguras durante el embarazo y la lactancia debido a que no se ha encontrado relación directa entre estos y embriopatías graves [14,18]. En contraste, el metotrexato y la leflunomida están contraindicados por sus efectos teratogénicos (malformaciones craneofaciales, anomalías en la formación de las falanges, defectos de la columna y costillas, entre otros); el metotrexato debe ser suspendido al menos 3 meses antes de intentar la concepción, mientras que la leflunomida debe ser suspendida 2 años antes, en caso de que el paciente tome colestiramina 7 meses antes [19].

Pronóstico y complicaciones

Cuando el embarazo ocurre en un contexto de lupus estable, se observa un pronóstico favorable para el producto, con tasas de nacidos vivos que superan el 80-90% [5, 20]. Sin embargo, en lupus activo y embarazos no planificados, las complicaciones aumentan significativamente.

La hipocomplementemia (C3 y C4 disminuidos) y la proteinuria persistente se asocian con un mayor riesgo de preeclampsia, eclampsia, pérdida fetal, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) [14]. Un metaanálisis reciente que incluyó 24 estudios y más de 3000 embarazos con LES confirmó que la actividad de la enfermedad al inicio del embarazo duplica el riesgo de preeclampsia (OR = 2,25; IC 95 %: 1,38–3,67) y casi triplica el riesgo de pérdida gestacional (OR = 2,72; IC 95 %: 1,36–5,46) [8].

Por otra parte, la nefritis lúpica activa se asocia con desenlaces obstétricos adversos y necesidad de ingreso hospitalario prolongado. He & Wei (2020) reportaron que las pacientes con nefritis activa presentaron una tasa de parto pretérmino del 45 % frente al 18 % en pacientes sin afectación renal ($p < 0,01$). Asimismo, se ha descrito una mayor probabilidad de ingreso neonatal a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y de puntajes de APGAR < 7 al minuto 1 y 5 en los recién nacidos de madres con LES activo [10,21,22].

En conjunto, la evidencia actual resalta que los embarazos planeados y con LES inactivo se asocian con mejores desenlaces materno-fetales, mientras que la presencia de actividad de la enfermedad, nefritis y ausencia de control preconcepcional se vinculan con un aumento sustancial del riesgo obstétrico.

Vigilancia Posparto

El puerperio representa una etapa de vulnerabilidad inmunológica para las pacientes con LES, en la cual se incrementa el riesgo de exacerbaciones. Durante los tres primeros meses después del parto, la frecuencia de brotes aumenta entre 20% y el 30% en comparación con el embarazo [12].

La importancia de la vigilancia posparto se evidencia en un estudio prospectivo de cohorte de 145 embarazos, el cual mostró un aumento en la actividad de la enfermedad en el periodo de 6 a 12

meses posparto, en comparación con las exacerbaciones durante el tercer trimestre ^[18]. Estas exacerbaciones suelen manifestarse con compromiso cutáneo, articular y renal, siendo menos frecuentes las manifestaciones del sistema nervioso central.

La hidroxiclороquina continúa siendo el fármaco de elección durante este periodo, pues su uso reduce de manera significativa la incidencia y severidad de los brotes, también se asocia con menor recurrencia de anticuerpos anti-Ro/SSA ^[12]. Además, su perfil de seguridad en lactancia es favorable.

Por lo tanto, la vigilancia posparto debe ser estrecha, con controles clínicos y de laboratorio durante los primeros seis meses posteriores al parto, enfocado en detectar actividad subclínica del LES, alteraciones renales o signos de hipertensión arterial. La coordinación entre el reumatólogo, obstetra y médico de atención primaria es esencial para prevenir recaídas y promover una recuperación segura tanto para la madre como para el neonato.

CONCLUSIÓN

Colocar Información El embarazo en mujeres con LES continúa considerándose de alto riesgo debido a la compleja interacción entre la inmunología materna, la actividad de la enfermedad y la exposición a fármacos potencialmente teratogénicos. Sin embargo, los avances en el manejo preconcepcional

y la vigilancia prenatal han permitido mejorar significativamente los desenlaces materno-fetales.

La planificación familiar y el control preconcepcional son pilares fundamentales. Concebir con la enfermedad inactiva por al menos seis meses, bajo tratamiento con fármacos compatibles (como hidroxiclороquina y azatioprina), se asocia con una reducción del riesgo de preeclampsia, parto pretérmino y pérdida gestacional, y con tasas de nacidos vivos superiores al 85%. La consejería previa a la concepción debe incluir evaluación de autoanticuerpos, función renal y revisión del tratamiento inmunosupresor, suspendiendo medicamentos contraindicados como micofenolato, metotrexato o leflunomida.

Durante el embarazo, el seguimiento multidisciplinario entre obstetricia materno-fetal, reumatología y medicina interna es indispensable. Las guías internacionales (EULAR 2017, ACR 2020, BSR 2023) recomiendan controles frecuentes de presión arterial, proteinuria y marcadores serológicos, así como ecografía Doppler y vigilancia fetal intensiva en el tercer trimestre. El tratamiento se basa en fármacos seguros para la madre y el feto, con énfasis en la hidroxiclороquina como agente protector frente a exacerbaciones y bloqueo cardíaco congénito.

El periodo posparto requiere una vigilancia estrecha, dado el incremento documentado de brotes en los primeros meses tras el parto. El mantenimiento de la

hidroxicloroquina durante la lactancia ha demostrado disminuir la recurrencia de la actividad lúpica sin comprometer la seguridad neonatal.

En conjunto, la evidencia actual demuestra que, con una planificación adecuada, control inmunológico y manejo coordinado, el embarazo en mujeres con LES puede tener resultados exitosos y comparables a los de la población general. Futuros estudios deberán centrarse en optimizar la predicción de riesgo y en establecer protocolos personalizados que integren marcadores inmunológicos, clínicos y terapéuticos para mejorar aún más el pronóstico materno y perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Pastore DEA, Costa ML, Surita FG. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: the challenge of improving antenatal care and outcomes. *Lupus* [Internet]. 2019 [citado el 12 de mayo 2024];28(12):1417–26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31551036/>.
- [2] Knight C, Nelson-Piercy C. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. *Open Access Rheumatol* [Internet]. 2017 [citado el 12 de mayo del 2024];9:37–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/oarr.s87828>.
- [3] Saulescu I, Opris-Belinski D, Balanescu A, Pavel B, Gica N, Panaitelescu A. Preparing for pregnancy in women with Systemic Lupus Erythematosus—A multidisciplinary approach. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2022 [citado el 12 de mayo de 2024];58(10):1371. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina58101371>.
- [4] Rajendran A, Eudy AM, Balevic SJ, Clowse MEB. The importance of pregnancy planning in lupus pregnancies. *Lupus* [Internet]. 2021 [citado el 12 de mayo de 2024];30(5):741–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0961203321989803>.
- [5] Zhang X, Liu L, Lin S, Duan X, Luo H, Wang Y, et al. The conditions that patients with systemic lupus erythematosus should fulfill before pregnancy to optimize outcomes: a large-scale multicenter cohort study from China. *Arthritis Res Ther* [Internet]. 2025 [citado el 22 de octubre de 2025];27(1):31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13075-025-03497-9>.
- [6] Karakaş Ö, Çelik Tam D, Akyüz Dağlı P, Özdemir Ulusoy B, Armağan B, Erten Ş. Evaluation of pregnancy planning and contraceptive methods in patients with systemic lupus erythematosus. *GULHANE MED J* [Internet]. 2025 [citado el 22 de octubre de 2025];67(2):94–100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4274/gulhane.galenos.2025.88156>.
- [7] Andreoli L, Bertias GK, Agmon-Levin N, Brown S, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for women’s health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2017 [citado el 12 de mayo de 2024];76(3):476–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209770>.
- [8] Sun C, Li X, Li X. Risk factors for adverse pregnancy outcomes in systemic lupus erythematosus: a meta-analysis and systemic review. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2025 [citado el 22 de octubre de 2025];312(4):1025–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-025-08106-3>.
- [9] Pastore DEA, Costa ML, Parpinelli MA, Surita FG. A critical review on obstetric follow-up of women affected by systemic lupus erythematosus. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [citado el 12 de mayo de 2024];40(04):209–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1625951>.
- [10] He WR, Wei H. Maternal and fetal complications associated with systemic lupus erythematosus: An updated meta-analysis of the most recent studies (2017–2019). *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020 [citado el 12 de mayo de 2024];99(16):e19797. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000019797>.
- [11] Petri M., Howard D., & Repke J. Frequency of lupus flare in pregnancy. The Hopkins Lupus Pregnancy Center experience. *Arthritis Rheumatism* [Internet] 2010 [citado el 12 de mayo de 2024]; 34 (12): 1538–45. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ART.1780341210>.
- [12] Eudy AM, Siega-Riz AM, Engel SM, Franceschini N, Howard AG, Clowse MEB, et al. Effect of pregnancy on disease flares in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of the Rheumatic Dis* [Internet]. 19 de febrero del 2018 [citado el 12 de mayo del 2024]; 77(6). Disponible en: <https://ard.bmj.com/content/77/6/855#article-bottom>.
- [13] DailyMed - CELLCEPT- mycophenolate mofetil tablet, film coated CELLCEPT- mycophenolate mofetil capsule <https://revistas.up.ac.pa/index.php/revistamedicocientifica>

CELLCEPT- mycophenolate mofetil hydrochloride injection, powder, lyophilized, for solution CELLCEPT-mycophenolate mofetil powder, for suspension [Internet]. Nih.gov. 2024 [citado el 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?seti_d=37241e87-4af4-4dc3-a1aa-ea6f20d8dc40.

[14] Russell MD, Dey M, Flint J, Davie P, Allen A, Crossley A, et al. British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: immunomodulatory anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2023;62(4):e48–88. [citado el 12 de mayo del 2024] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keac551>.

[15] Ruiz-Irastorza G, Khamashta MA. Managing lupus patients during pregnancy. *Best Pract Res Clin Rheumatol* [Internet]. 2009 [citado el 12 de mayo del 2024] ;23(4):575–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2009.04.004>.

[16] Shimada H, Wakiya R, Kanenishi K, Miyatake N, Nakashima S, Mansour MMF, et al. Preterm birth is strongly affected by the glucocorticoid dose during pregnancy in women complicated by systemic lupus erythematosus. *Arthritis Res Ther* [Internet]. 2022 [citado el 12 de mayo de 2024];24(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13075-021-02699-1>.

[17] NICE guideline. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management [Internet]. Googleapis.com. 17 de Abril de 2023 [citado el 12 de mayo 2024]. Disponible en: <https://storage.googleapis.com/library-docs/6330ceb1-4085-4b0d-acbc-b9ca7a208612.pdf>.

[18] Zamora-Medina M del C, Orozco-Guillén OA, Domínguez-Quintana M, Romero-Díaz J. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: Strategies before, during and after pregnancy to improve outcomes. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2021 [citado el 12 de mayo del 2024]; 28:53–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2021.03.004>.

[19] Sammaritano LR, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Disease. *American College of Rheumatology* [Internet]. abril de 2020 [citado el 12 de mayo del 2024];72(4):529–56. Disponible en: <https://assets.contentstack.io/v3/assets/bltee37abb6b278ab2c/blt7dd578c0b70b0024/6331cfe950c8e90e3bf511de/reproductive-health-rheumatic-and-musculoskeletal-disease-guideline-2020.pdf>.

[20] Yang H, Liu H, Xu D, Zhao L, Wang Q, Leng X, et al. Pregnancy-related systemic lupus erythematosus: Clinical features, outcome and risk factors of disease flares — A case control study. *PLoS One* [Internet]. 2014 [citado el 12 de mayo de 2024];9(8):e104375. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0104375>.

[21] Wu J, Zhang W-H, Ma J, Bao C, Liu J, Di W. Prediction of fetal loss in Chinese pregnant patients with systemic lupus erythematosus: a retrospective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado el 12 de mayo de 2024];9(2):e023849. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023849>.

[22] Lateef A, Petri M. Managing lupus patients during pregnancy. *Best Pract Res Clin Rheumatol* [Internet]. 2013 [citado el 12 de mayo de 2024];27(3):435–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2013.07.005>