

LA FERTILIDAD Y EL EMBARAZO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Fertility and pregnancy in Inflammatory Bowel Disease

Lázaro Sáez M, Fernández Carrasco M, Sánchez Moreno S

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Resumen

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica que incluye la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). Ambas condiciones pueden afectar la calidad de vida de los pacientes, especialmente en su etapa reproductiva. La influencia de la EII en la fertilidad y el embarazo ha sido objeto de numerosos estudios, siendo su manejo fundamental para minimizar riesgos materno-fetales y optimizar los resultados reproductivos.

El objetivo de esta revisión es conocer el impacto de la EII en la fertilidad, el embarazo y los resultados perinatales, así como explorar estrategias de manejo recomendadas para garantizar un adecuado seguimiento clínico de las pacientes según las guías clínicas y la literatura más actualizada en relación con estos aspectos.

La fertilidad en mujeres con EII es comparable a la población general, aunque puede verse disminuida en casos de enfermedad activa, antecedentes quirúrgicos abdominales y factores psicológicos. La actividad de la EII en la gestación se asocia con mayores complicaciones obstétricas, lo que hace indispensable una planificación preconcepcional adecuada y un control médico continuo. Se ha evidenciado que la mayoría de los tratamientos empleados para el manejo de la EII son seguros durante el embarazo y la lactancia, a excepción de algunos fármacos como el metotrexato, los inhibidores de Jakinasas y los antiesfingosina. En relación con el parto, la cesárea se recomienda en casos muy específicos, como la enfermedad perianal activa o la presencia de un reservorio ileoanal. Finalmente, se sugiere mantener la lactancia materna siempre que sea posible y ajustar la vacunación infantil en neonatos expuestos a inmunosupresores.

Marta Fernández Carrasco
Aparato Digestivo. Hospital Universitario Torrecárdenas.
mfcarrasco16@gmail.com

Lázaro Sáez M, Fernández Carrasco M, Sánchez Moreno S.
La fertilidad y el embarazo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
RAPD 2025;48(3):104-110. DOI: 10.37352/2025483.2

Palabras clave: fertilidad, embarazo, enfermedad inflamatoria intestinal, lactancia.

Abstract

Inflammatory bowel disease (IBD) is a chronic condition that includes Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC). Both conditions can impact patients' quality of life, particularly during their reproductive years. The influence of IBD on fertility and pregnancy has been widely studied, emphasizing the importance of proper management to minimize maternal-fetal risks and optimize reproductive outcomes.

The aim of this review is to understand the impact of IBD on fertility, pregnancy, and perinatal outcomes, as well as to explore recommended management strategies to ensure adequate clinical follow-up in accordance with clinical guidelines and the most up-to-date literature on these topics.

Fertility in women with IBD is comparable to that of the general population, although it may be reduced in cases of active disease, a history of abdominal surgery, or psychological factors. IBD activity during pregnancy is associated with increased obstetric complications, making preconception planning and continuous medical monitoring essential.

Most IBD treatments are considered safe during pregnancy and breastfeeding, except for certain medications such as methotrexate, JAK inhibitors, and sphingosine-1-phosphate inhibitors. Regarding delivery, cesarean section is recommended only in specific cases, such as active perianal disease or the presence of an ileoanal reservoir. Lastly, breastfeeding is encouraged whenever possible, and vaccination schedules for neonates exposed to immunosuppressants should be adjusted accordingly.

Keywords: fertility, pregnancy, Inflammatory Bowel Disease, breastfeeding.

Introducción

La EII es una patología crónica de naturaleza autoinmune que afecta el tubo digestivo, cuya incidencia está en aumento al igual que el resto de las enfermedades inmunomediadas, pudiendo presentarse en distintos periodos vitales de los pacientes. Existe un pico en la edad fértil, a los 29 años en la EC y a los 39 en la CU. Dado que la EII afecta a pacientes en su etapa reproductiva, su impacto en la fertilidad, el embarazo y la calidad de vida es un aspecto fundamental a considerar siendo imprescindible que los pacientes sean informados adecuadamente sobre la enfermedad y sus tratamientos para

optimizar la planificación familiar minimizando los riesgos tanto para la madre como para el feto¹.

La fertilidad en mujeres con EII es comparable a la de la población general, sin embargo, se observa una menor tasa de natalidad en esta población. La fertilidad se mantiene estable cuando la enfermedad está inactiva y en pacientes sin antecedentes de intervenciones quirúrgicas previas, pero la actividad de la enfermedad puede reducirla debido a la inflamación de las trompas de Falopio, alteraciones metabólicas y estrés oxidativo que impacta negativamente en los niveles hormonales, pudiendo disminuir la reserva ovárica por el descenso de la hormona antimülleriana y provocar dispareunia, dificultando la concepción. La enfermedad activa se asocia con un aumento del riesgo de efectos adversos durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre, lo que subraya la importancia de una vigilancia preconcepcional y gestacional estrecha. Otros factores que también pueden influir son los hábitos tóxicos, el uso de determinados fármacos, por ejemplo, la sulfasalazina que puede causar oligospermia reversible y astenozoospermia en varones. Los tratamientos con riesgo teratogénico deben suspenderse previo a la concepción en mujeres, aunque no afectan la fertilidad en varones, si bien, se recomienda evaluar la fertilidad en hombres que planean concebir y están en tratamiento prolongado^{1,2}.

El embarazo en pacientes con EII se asocia con un mayor riesgo de complicaciones, como diabetes gestacional, muerte fetal, parto prematuro, rotura prematura de membranas y bajo peso al nacer. Se debe informar a las pacientes sobre el riesgo hereditario, que es hasta 8 veces mayor en la EC y 4 veces mayor en la CU, con una posible predisposición asociada al sexo femenino en el caso de la EC³. Los pacientes con EII presentan tasas elevadas de disfunción sexual debido a efectos secundarios de los corticoides, enfermedad perianal y problemas de intimidad, afectando hasta un 40% de las relaciones sexuales.

Las cirugías pélvicas relacionadas con la EII pueden disminuir la fertilidad y la tasa de concepción en mujeres, aunque el enfoque laparoscópico parece reducir este riesgo. Se ha descrito que la preservación del recto en pacientes sometidos a cirugía es recomendable para reducir el riesgo de disfunción sexual y eyaculatoria⁴. Debido a que estas cirugías pueden reducir la tasa de éxito en los tratamientos de reproducción asistida, en algunos casos se recomienda la preservación de esperma antes de determinadas intervenciones¹.

Otros factores que pueden reducir la fertilidad incluyen la depresión y deficiencias nutricionales. Además de factores voluntarios como la decisión de no tener hijos debido a

desinformación sobre la enfermedad, los tratamientos y la posibilidad de herencia genética, siendo más frecuente en pacientes con enfermedad de Crohn que con colitis ulcerosa, con tasas reportadas entre el 17% y el 38%. Una planificación adecuada y un seguimiento médico estrecho son esenciales para garantizar la mejor salud reproductiva posible en estos pacientes².

Fase pregestacional

El seguimiento del embarazo en pacientes con EII comienza con una evaluación preconcepcional para garantizar que la enfermedad esté en remisión estable durante al menos 3 a 6 meses antes de la concepción, reduciendo así el riesgo de complicaciones. La planificación familiar y el asesoramiento preconcepcional son esenciales, ya que permiten abordar dudas sobre fertilidad, tratamientos y posibles complicaciones. Factores como la desinformación, el miedo a la intimidad, la depresión y secuelas quirúrgicas como la colectomía pueden afectar la capacidad reproductiva y la calidad de vida, por lo que es crucial brindar una orientación médica adecuada para mejorar la toma de decisiones y reducir la ansiedad.

Antes del embarazo, se recomienda evaluar la actividad de la enfermedad mediante biomarcadores como PCR, hemoglobina y calprotectina fecal, siendo esta última la más específica durante la gestación, ya que el resto puede variar por el proceso biológico de la gestación en si misma. En cuanto a pruebas diagnósticas previas al embarazo, se pueden emplear las mismas que en la población general. El escenario ideal para el manejo sería la derivación de todas las pacientes a centros terciarios con equipos multidisciplinarios que incluyan ginecólogos, gastroenterólogos y cirujanos especializados en EII^{1,4}.

Para optimizar la salud materna antes de la concepción, se recomienda evaluar el estado nutricional y corregir deficiencias vitamínicas, actualizar la vacunación evitando virus vivos si hay inmunosupresión y fomentar el abandono de hábitos tóxicos como el tabaco, alcohol y drogas recreativas. En cuanto al tratamiento, se evaluará a continuación, pero se deben suspender los fármacos teratogénicos como metotrexato, inhibidores JAK (JAKi) y ozanimod, evaluar la continuidad de la terapia biológica y administrar ácido fólico en pacientes con sulfasalazina. Asimismo, el consejo reproductivo debe abordar la posible transmisión de la enfermedad, el uso de anticonceptivos y planificar un seguimiento conjunto con gastroenterología y obstetricia. Para lograr un embarazo sin complicaciones, es fundamental adaptar el tratamiento según la necesidad, optimizar el estado nutricional y garantizar la remisión clínica estable³.

Fase pregestacional	Recomendaciones
Evaluación preconcepcional	Determinar actividad de la enfermedad y buscar remisión clínica. Realizar cribado de anemia , deficiencias vitamínicas y estado nutricional . Actualizar vacunación , evitando vacunas de virus vivos si hay inmunosupresión. Fomentar el cese del tabaco, alcohol y drogas recreativas.
Optimización del tratamiento	Suspender fármacos teratogénicos (metotrexato, inhibidores JAK, ozanimod). Evaluar la necesidad de continuar terapia biológica . Administrar ácido fólico (2 mg/día en caso de uso de sulfasalazina).
Consejería reproductiva	Informar sobre la posible transmisión de la enfermedad. Abordar preocupaciones sobre fertilidad y uso de anticonceptivos. Planificar el seguimiento multidisciplinario con gastroenterología y obstetricia.

Tabla 1. Recomendaciones a seguir en la fase pregestacional.

Etapa gestacional

El objetivo principal es mantener la EII en remisión para minimizar los riesgos materno-fetales. Esto requiere un seguimiento estrecho con gastroenterología y obstetricia, con controles periódicos basados en biomarcadores como la calprotectina fecal, que ha demostrado ser un indicador de actividad de la enfermedad en gestantes. Además, se recomienda la evaluación con ultrasonido intestinal para evitar técnicas invasivas. La monitorización también debe incluir un control del estado nutricional y del peso materno para garantizar un desarrollo fetal adecuado^{1,3}.

Para la evaluación de la actividad de la enfermedad, se recomienda la utilización de herramientas de imagen seguras para el feto. La ecografía es la técnica de elección, especialmente útil en la semana 20 de gestación. La resonancia magnética es una alternativa viable siempre que no se utilice gadolinio, debido a la falta de estudios concluyentes sobre su seguridad fetal. La endoscopia es segura, pero debe reservarse para casos estrictamente necesarios, dado el riesgo de broncoaspiración y afectación de la oxigenación materno-fetal; en estos casos, se recomienda que la sedación sea administrada por un anestesista obstetra. Por el contrario, la tomografía computarizada, radiografías y cualquier prueba con radiación están contraindicadas, al igual que la cápsula endoscópica, ya que no existen datos suficientes que respalden su seguridad durante la gestación¹.

Etapa gestacional	Recomendaciones
Evaluar la retirada/mantenimiento del tratamiento	Valorar la necesidad de continuar, ajustar o suspender medicamentos según el estado de la enfermedad y la seguridad fetal.
Establecer un plan de parto y vía de parto	Definir si el parto será vaginal o cesárea en función de la actividad de la enfermedad y el historial clínico de la paciente.
Monitorizar la ganancia de peso adecuada	Asegurar un aumento de peso adecuado y monitorear la nutrición materna para evitar complicaciones fetales.
Monitorear posibles efectos adversos en el feto	Identificar posibles efectos adversos en el desarrollo fetal y ajustar el tratamiento si es necesario.
Valorar el mantenimiento del tratamiento durante la lactancia	Revisar la compatibilidad de los medicamentos con la lactancia y decidir sobre la continuidad del tratamiento .
Seguridad de las vacunas en el niño	Asegurar que las vacunas sean seguras para el recién nacido y evitar vacunas de virus vivos en neonatos expuestos a inmunosupresores.
Plan de manejo con el médico de familia y obstetra	Mantener un plan integral de seguimiento con médicos especialistas para optimizar el manejo de la enfermedad durante el embarazo.

Tabla 2. Recomendaciones a seguir en la fase gestacional.

Tratamiento farmacológico

El manejo farmacológico de la EII durante el embarazo requiere una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios de cada tratamiento. La mayoría de los fármacos utilizados para la EII son seguros durante la gestación, pero algunos requieren precauciones especiales. Se ha demostrado que mantener la remisión de la enfermedad reduce los riesgos materno-fetales, por lo que se recomienda continuar con el tratamiento adecuado. Entre los fármacos más utilizados están los aminosalicilatos, los corticoides, los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) e inmunomoduladores como las tiopurinas. Se recomienda evitar el metotrexato, JAKi, ozanimod debido a sus efectos teratogénicos y la falta de datos en humanos³.

Aminosalicilatos

Los derivados del ácido aminosalicílico alcanzan niveles muy bajos en la circulación fetal debido a su limitada transferencia transplacentaria y rápida eliminación renal, lo que los convierte en fármacos seguros durante el embarazo. La sulfasalazina, aunque atraviesa la placenta e interfiere en la absorción del ácido fólico, no se ha asociado con efectos teratogénicos ni embriogénicos. Para minimizar riesgos, se recomienda su uso acompañado de suplementación con

ácido fólico en dosis altas (2 g/día) durante la concepción y la gestación, con el fin de prevenir defectos del tubo neural^{3,5}.

Corticoides

Los corticoides son fármacos ampliamente utilizados en el tratamiento de la EII, aunque atraviesan la placenta y pueden afectar al feto. La prednisolona, sin embargo, tiene una menor capacidad de transferencia placentaria, por lo que se considera la opción de primera línea si es necesario el uso de corticosteroides durante el embarazo. A pesar de su utilidad, presentan limitaciones, ya que su administración en el primer trimestre se ha asociado con un mayor riesgo de malformaciones orofaciales, mientras que su uso en fases avanzadas del embarazo podría provocar supresión del eje suprarrenal neonatal, asociándose a un aumento del riesgo de hipertensión, diabetes gestacional y preeclampsia. No obstante, siguen considerándose relativamente seguros y su uso está aprobado cuando la situación clínica lo requiere, siempre utilizando la dosis más baja posible y durante el menor tiempo necesario para minimizar los riesgos⁵.

Inmunosupresores

En cuanto al uso de inmunosupresores en la gestación, las **tiopurinas** (azatioprina, 6-MP), han presentado anomalías congénitas en estudios en animales, sin embargo no han demostrado aumentar el riesgo de malformaciones en humanos, por lo que se consideran seguras durante todo el embarazo, aunque no se recomienda su inicio en gestación debido a su efecto tardío³. Sin embargo, es importante considerar que, en pacientes con EII que no están embarazadas, la suspensión de la tiopurina en un tratamiento combinado no conlleva un riesgo significativo de recaída en los siguientes dos años⁶.

La **ciclosporina** se ha utilizado en casos de recaídas graves, sin evidenciar malformaciones genéticas, aunque sí un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer, lo que podría deberse a la actividad de la enfermedad o al fármaco en sí. Por otro lado, el **metotrexato** está completamente contraindicado en el embarazo por su efecto teratogénico, por lo que no debe administrarse a mujeres que planeen concebir o que no utilicen un método anticonceptivo seguro. Se recomienda suspenderlo 3 a 6 meses antes de la concepción y administrar ácido fólico en dosis altas para minimizar riesgos. En caso de embarazo accidental bajo su uso, debe interrumpirse de inmediato y la paciente debe ser derivada a un obstetra para evaluar el riesgo de teratogenicidad^{6,7}.

Anti-TNF

Los fármacos anti-TNF, como infliximab y adalimumab, atraviesan la placenta en el tercer trimestre, si bien, según distintas series analizadas, la exposición a estos fármacos no se asocia con un aumento de malformaciones congénitas, abortos espontáneos, parto prematuro, bajo peso al nacer o infecciones infantiles, mostrando los resultados evaluados en la actualidad, que la exposición a productos biológicos, o una combinación de tiopurinas y biológicos no aumenta la tasa de complicaciones perinatales ni infecciones en el primer año de vida. El certolizumab es un fragmento Fab del anti-TNF monoclonal y no la IgG completa, siendo más limitado su paso a través de la placenta, lo que podría suponer una ventaja frente al uso de infliximab y adalimumab, sin embargo, no tiene indicación en ficha técnica para EII.

Su interrupción puede aumentar el riesgo de recaída materna, quedando demostrado en la actualidad, que la actividad de la enfermedad es un factor de riesgo más relevante que la exposición a estos fármacos para el aborto espontáneo y el parto prematuro, aumentando también el riesgo de actividad de la enfermedad posparto. De modo que, con la evidencia disponible, la terapia con anti-TNF puede mantenerse durante todo el embarazo en mujeres con EII para controlar la enfermedad y reducir complicaciones asociadas^{1,8}.

Inhibidores JAK

Los JAKi son pequeñas moléculas que pueden atravesar la placenta y generar una exposición temprana en el embarazo. Los estudios preclínicos en animales han revelado serias preocupaciones sobre su teratogenicidad. Tofacitinib ha mostrado ser feticida y teratogénico en conejos a dosis seis veces mayores que la máxima en humanos. Filgotinib, en dosis equivalentes a las usadas en humanos, se ha asociado con muerte fetal y malformaciones graves en ratas y conejos. Upadacitinib ha mostrado causar malformaciones musculoesqueléticas y cardiovasculares a dosis similares a las utilizadas en humanos.

La limitada exposición a estos fármacos en humanos impide extraer conclusiones firmes, de modo que se recomienda suspender tofacitinib y upadacitinib al menos cuatro semanas antes de la concepción planificada, y filgotinib al menos una semana antes. En casos específicos y seleccionados, donde la situación clínica requiera continuar con el tratamiento, se debe informar exhaustivamente a la paciente sobre los riesgos para tomar una decisión consensuada.

Antiesfingosina

Los moduladores del receptor S1P (anti-SP1), como ozanimod y etrasimod utilizados habitualmente para el tratamiento de la esclerosis múltiple, han sido aprobados para el tratamiento de la colitis ulcerosa. Estos fármacos han demostrado efectos teratogénicos en estudios con animales, incluyendo muerte fetal y malformaciones graves con dosis equivalentes a las humanas. Actualmente, no existen estudios clínicos controlados que determinen el riesgo de desarrollo fetal en mujeres embarazadas expuestas a estos medicamentos. La información de prescripción recomienda el uso de anticonceptivos eficaces para prevenir embarazos no planificados mientras se toman estos fármacos y hasta tres meses después de su suspensión^{10,11}.

Antiinterleuquina y antiintegrinas

Los fármacos inhibidores de interleucina como ustekinumab, que inhibe la IL-12 e IL-23 y vedolizumab, antiintegrina alfa4-beta7, presentan un perfil de seguridad

Fármaco	Recomendación
Aminosalicilatos	Seguros durante el embarazo, con mínima transferencia transplacentaria. Se recomienda suplementación con ácido fólico al usar sulfasalazina .
Corticoides	Primer trimestre: riesgo de malformaciones orofaciales. Segundo y tercer trimestre: riesgo de hipertensión, diabetes gestacional y preeclampsia .
Tiopurinas e inmunosupresores	Tiopurinas consideradas seguras, pero no se recomienda su inicio en embarazo. Ciclosporina: riesgo de parto prematuro y bajo peso. Metotrexato contraindicado.
Anti-TNF	Infliximab y adalimumab atraviesan la placenta en el tercer trimestre, por lo que se sugiere evaluar su suspensión. El paso de certolizumab a través de la placenta es más limitado, lo que podría suponer una ventaja frente al resto de anti-TNF.
Inhibidores JAK	Suspender durante el embarazo. Tofacitinib y upadacitinib: suspender cuatro semanas antes de la concepción y filgotinib al menos una semana antes.
Antiesfingosina	Ozanimod y etrasimod: teratogénicos.
Antiinterleuquina y antiintegrina	Ustekinumab y vedolizumab presentan un buen perfil de seguridad durante el embarazo. Se recomienda mantenerlos en aquellas pacientes con EII activa en el periodo periconcepcional o en aquellas con una enfermedad especialmente refractaria. Risankizumab, Mirikizumab: hay pocos datos hasta la fecha.

Tabla 3. Empleo de fármacos en el embarazo.

favorable durante el embarazo, sin que los estudios disponibles hayan reportado un aumento en los efectos adversos en mujeres gestantes. Esto ha llevado a considerarlos como opciones seguras para su uso en este contexto. Aunque existen datos limitados sobre risankizumab y mirikizumab (inhibidores IL-23), su mecanismo de acción y perfil de seguridad sugieren que podrían seguir una dinámica similar durante la gestación^{12,13}.

Parto

En pacientes con CU se ha reportado una mayor probabilidad de parto por cesárea frente a las pacientes con EC, siendo los principales factores que influyen en la decisión de cesárea en CU el tabaquismo, la pancolitis y la presencia de un reservorio ileoanal, mientras que en la enfermedad de Crohn, los antecedentes de cirugía previa y la enfermedad perianal activa son determinantes. También se ha documentado una mayor incidencia de parto prematuro en mujeres con EII no controlada, lo que subraya la necesidad de un manejo óptimo de la enfermedad durante el embarazo.

La vía del parto en mujeres debe individualizarse según la condición de cada paciente. La cesárea está recomendada en casos de enfermedad perianal activa o en pacientes con reservorio ileoanal, ya que estas condiciones incrementan el riesgo de disfunción del suelo pélvico y complicaciones postparto¹³.

También se ha documentado que el parto prematuro es más frecuente en mujeres con EII no controlada, lo que resalta la importancia del manejo adecuado de la enfermedad durante el embarazo^{1,3}.

Lactancia

Se recomienda la lactancia materna en mujeres con EII, ya que se ha demostrado un efecto protector en la salud de los recién nacidos. Los fármacos biológicos como infliximab, adalimumab y certolizumab pegol presentan una transferencia mínima a la leche materna, con concentraciones inferiores al 1% del nivel sérico materno, por lo que son seguros durante la lactancia. No obstante, si se administran corticosteroides en dosis altas, se recomienda esperar al menos 4 horas antes de amamantar para reducir la exposición del lactante³.

La mayoría de los tratamientos, incluyendo aminosalicilatos y terapias biológicas, pueden mantenerse durante la lactancia. Sin embargo, el uso de pequeñas moléculas y antiesfingosina no está recomendado debido a la falta de datos sobre su seguridad. En estos casos, se

debe evaluar cuidadosamente la relación riesgo-beneficio y considerar alternativas seguras¹⁴.

Vacunación

Se aconseja seguir el calendario de vacunación habitual en los lactantes expuestos a fármacos inmunosupresores durante la gestación, con la excepción de las vacunas de virus vivos atenuados y BCG. Estas vacunas deben posponerse hasta los 12 meses para evitar el riesgo de reactivación de infecciones latentes, especialmente en lactantes expuestos a anti-TNF, donde se han documentado casos de infección diseminada grave. La vacuna contra el rotavirus antes de los 6 meses es segura.

Estudios recientes han demostrado que la respuesta a vacunas como la hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo B y neumococo es similar entre niños expuestos y no expuestos a fármacos biológicos, aunque algunos informes sugieren una respuesta inicial menor, la cual se normaliza tras la dosis de refuerzo a los 12 meses^{3,15}.

	Recomendaciones
Parto	El parto vaginal es la opción recomendada, salvo contraindicación obstétrica. Cesárea en CU con anastomosis ileoanal o EC con enfermedad perianal activa o reservorio ileoanal.
Lactancia	La lactancia materna es segura y está recomendada . Aumentar la ingesta calórica y Omega-3. No se debe suspender el tratamiento con anti-TNF ni otros biológicos, salvo pequeñas moléculas y anti-SP1 que se recomienda evitar su empleo.
Vacunación	Seguir calendario habitual excepto en niños expuestos a inmunosupresores, en esta caso postponer 12 meses las vacunas vivas .

Tabla 4. Recomendaciones en el parto, embarazo y lactancia.

Conclusión

La planificación del embarazo en pacientes con EII debe realizarse con un enfoque multidisciplinar para garantizar el control de la enfermedad y reducir los riesgos materno-fetales. La mayoría de los tratamientos pueden mantenerse durante la gestación y la lactancia, priorizando siempre la remisión de la enfermedad para evitar complicaciones.

La información adecuada a los pacientes en edad fértil es clave para la toma de decisiones informadas y la optimización de los resultados perinatales. Es esencial coordinar con el equipo de obstetricia el plan de parto y la lactancia, asegurando

el seguimiento adecuado tanto para la madre como para el recién nacido.

Bibliografía

1. Torres J, Chaparro M, Julsgaard M, et al. European Crohn's and Colitis Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation. *J Crohns Colitis*. 2023;17(1):1-27.
2. Vieujean S, De Vos M, Paridaens K, et al. Fertility and Assisted Reproductive Technologies Outcomes of Women with Non-surgically Managed Inflammatory Bowel Diseases: A Systematic Review. *J Crohns Colitis*. 2023;17(4):614-632.
3. Mahadevan U, Robinson C, Bernasko N, et al. Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy Clinical Care Pathway: A Report From the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology*. 2019;156(5):1508-1524.
4. Armuzzi A, Bortoli A, Castiglione F, Contaldo A, Daperno M, D'Inca R, et al. Female reproductive health and inflammatory bowel disease: A practice-based review. *Dig Liver Dis*. 2022;54(1):19-29.
5. Skuladottir H, Wilcox AJ, Ma C, Lammer EJ, Rasmussen SA, Werler MM, Shaw GM, Carmichael SL. Use of corticosteroids and risk of orofacial clefts. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2014;100(6):499-506.
6. Mahadevan U, Long MD, Kane SV, Roy A, Dubinsky MC, Sands BE, et al. Pregnancy and neonatal outcomes after fetal exposure to biologics and thiopurines among women with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2020;160(4):1131-9.
7. Nguyen GC, Seow CH, Maxwell C, Huang V, Leung Y, Jones J, Leontiadis GI, Tse F, Mahadevan U, van der Woude CJ. Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy. *Gastroenterology*. 2015;150(3):734-757.
8. De Felice KM, Kane S. Safety of anti-TNF agents in pregnancy. *J Allergy Clin Immunol*. 2021;148(3):661-7.
9. Monfared N, Gold M, Carbery I, Laube R, Selinger CP. Reproductive safety issues of novel small molecules for the treatment of inflammatory bowel disease: A systematic review. *J Clin Med*. 2023;13(1):34.
10. Ali MF, He H, Friedel D. Enfermedad inflamatoria intestinal y embarazo: fertilidad, complicaciones y tratamiento. *An Gastroenterol*. 2020;33(6):579-590.
11. Dubinsky MC, Charles L, Selmaj KW, Comi G, Krakovich A, Rosen M, et al. Pregnancy Outcomes in the Ozanimod Clinical Development Program in Patients With Ulcerative Colitis, Crohn's Disease, and Relapsing Multiple Sclerosis. *Inflamm Bowel Dis*. 2024;30(12):2512-5.
12. Julsgaard M, Wieringa JW, Baunwall SMD, Bibby BM, Driessen GJA, Kievit L, et al. Infant ustekinumab clearance, infection risk, and development following in utero exposure. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024;23(1):134-143.
13. Meyer A, Miranda S, Drouin J, Weill A, Carbonnel F, Dray-Spira R. Safety of vedolizumab and ustekinumab compared with anti-TNF in pregnant women with inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024;23(1):144-153.e22.
14. Santos Pérez E, Calvo Moya M. General review on pregnancy in inflammatory bowel disease. *Rev Esp Enferm Dig*. 2024;116(7):369-373.
15. Sousa P, Gisbert JP, Julsgaard M, Selinger CP, Chaparro M. Navigating reproductive care in patients with inflammatory bowel disease: A comprehensive review. *J Crohns Colitis*.