

Enfermedad inflamatoria intestinal y embarazo

11 de febrero de 2021

Sarah J. Kilpatrick, MD, PhD , Nirupama Bonthala, MD

Revisado por pares

Revista Contemporary OB/GYN , Vol 66 No 2 , Volumen 66 , Número 02

Los autores ofrecen orientación sobre cómo optimizar los resultados de salud materna y neonatal para las mujeres con EII.

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII- IBD) comprende la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. En 2015, se informó que aproximadamente el 1.3% de los adultos en los Estados Unidos, o aproximadamente 3 millones de personas, tenían EII. ¹ Aproximadamente la mitad de los afectados son mujeres y la incidencia máxima de EII se sitúa entre los 15 y los 40 años. ² Por lo tanto, la EII en mujeres tiende a ocurrir durante sus años fértiles, cuando es probable que su proveedor de atención médica más constante sea su obstetra / ginecólogo. En este artículo, revisaremos los conceptos básicos de la EII y los pasos para optimizar los resultados maternos y neonatales para las mujeres con EII, incluido el asesoramiento previo a la concepción, el manejo de medicamentos durante el embarazo junto con un gastroenterólogo y la atención posparto.

IBD 101: Conceptos básicos

Etiología y factores de riesgo

Si bien la etiología exacta de la EII no está clara, se cree que es una respuesta inmune del huésped desregulada a factores genéticos, ambientales y microbianos ³ . Entre el 10 y el 25% de los pacientes afectados tienen antecedentes familiares de EII. ³ Ciertas exposiciones ambientales,

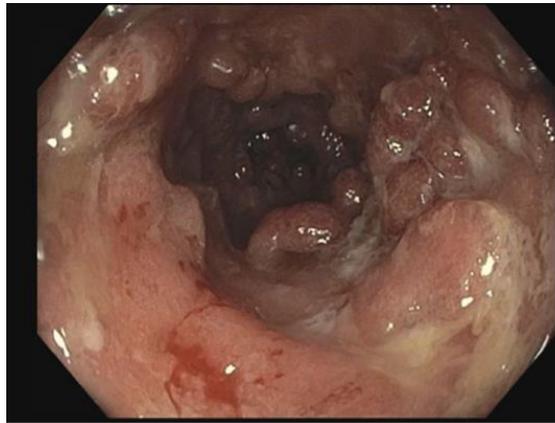
como el uso frecuente de antibióticos en la infancia, los niveles bajos de vitamina D, el uso frecuente de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y las dietas ricas en alimentos procesados, azucarados o fritos, pueden aumentar el riesgo de EII. ³ Curiosamente, fumar aumenta el riesgo de enfermedad de Crohn, mientras que dejar de fumar aumenta el riesgo de colitis ulcerosa. ³La lactancia materna puede conferir un beneficio protector en el desarrollo de la EII. ⁴

Colitis ulcerosa

Los pacientes con colitis ulcerosa presentan un inicio agudo de diarrea sanguinolenta, moco y urgencia. La colitis ulcerosa afecta solo al colon y una colonoscopia revela una inflamación en forma de úlceras que comienza en el recto y se extiende de manera contigua más proximalmente (Figura 1A). La colitis ulcerosa se limita solo a la capa mucosa de la pared del colon. A pesar de tener diarrea sanguinolenta, los pacientes rara vez presentan anemia (tabla 1).



1A : Imagen de colonoscopia de colitis ulcerosa con ulceraciones contiguas superficiales



1B : Imagen de colonoscopia de la enfermedad de Crohn con úlceras profundas y apariencia de adoquines de la mucosa.

Para aquellos con una enfermedad más leve, el pilar de la terapia incluye la administración oral o rectal de 5-aminosalicilatos. Para aquellos con enfermedad más moderada a grave, los inmunomoduladores (5-mercaptopurina o azatioprina) y los medicamentos biológicos (Tabla 3) son más efectivos. Es de destacar que los esteroides (prednisona, budesonida) se usan solo para los brotes y no para la terapia de mantenimiento.

Las personas con colitis ulcerosa tienen un mayor riesgo de cáncer de colon y requieren colonoscopias frecuentes, generalmente cada 3 años, incluso si están en remisión, para evaluar la displasia. En casos médicamente refractarios de colitis ulcerosa o displasia, se recomienda una cirugía multietapa que consiste en la extirpación completa del colon y la reconstrucción de una anastomosis anal con bolsa ileal (IPAA) o "bolsa en J". Las mujeres que se someten a todas las etapas de esta cirugía tienen una disminución tres veces mayor en la fertilidad en comparación con las mujeres de la misma edad sin esta cirugía debido a las adherencias extensas que conducen a la infertilidad por factor tubárico. ⁵

Table 1	ULCERATIVE COLITIS VS CROHN'S DISEASE	
	Ulcerative colitis	Crohn's disease
Bloody diarrhea, mucus, urgency	Yes	Sometimes
Malabsorption, weight loss	Rare	Common
Extent of intestinal involvement	Colon	All of gastrointestinal tract
Depth of involvement	Mucosal wall only	Transmural
Rectal involvement	Yes	Relative rectal sparing
Endoscopic pattern	Continuous	Skip lesions, cobblestone appearance
Granulomas	No	Yes
Abscess	No	Yes
Strictures	No	Yes
Fistulas	No	Yes
Vaginal involvement	No	Yes
Colon cancer risk	Yes	If colon is involved
Perianal disease	No	Yes

TABLE 1: ULCERATIVE COLITIS VS CROHN'S DISEASE

Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn puede ocurrir en cualquier parte del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano, aunque el íleon terminal es el sitio más común. Una presentación típica es la aparición más lenta de diarrea no sanguinolenta, dolor abdominal, pérdida de peso, desnutrición, anemia y deficiencias de vitaminas. Los hallazgos de la colonoscopia clásica incluyen úlceras más profundas con áreas intermedias de mucosa normal conocidas como "lesiones saltadas", una apariencia de adoquines y un área rectal de apariencia relativamente normal (Figura 2). Aunque clásicamente se nos enseña que los granulomas en la biopsia son diagnósticos de la enfermedad de Crohn, menos de un tercio de las biopsias muestran estos hallazgos (Tabla 1). A diferencia de la colitis ulcerosa, los 5-aminosalicilatos orales no resultan eficaces en la enfermedad de Crohn y se utilizan preferentemente biológicos y / o inmunomoduladores. La enfermedad de Crohn afecta todas las capas de la pared intestinal, por lo que pueden ocurrir complicaciones como estenosis, abscesos y fístulas. Es de destacar que la enfermedad perianal ocurre con la enfermedad de Crohn y la enfermedad perianal actualmente activa es una indicación para el parto por cesárea. La enfermedad de Crohn vulvar puede ocurrir con la manifestación de fisuras vaginales lineales en forma de cuchillo.

¿Cuál es la diferencia entre el síndrome del intestino irritable y la enfermedad inflamatoria intestinal?

La EII a menudo se confunde con el síndrome del intestino irritable (SII), ya que puede haber síntomas similares de dolor abdominal y diarrea, pero estas son dos entidades muy distintas con tratamientos y resultados muy diferentes (Tabla 2).

Table 2	IBD vs. IBS	
	Inflammatory bowel disease (IBD)	Irritable bowel syndrome (IBS)
Diarrhea, abdominal pain	Yes	Yes
Malabsorption, weight loss, anemia	Yes (Crohn's disease)	No
Bloody stools	Yes (ulcerative colitis)	No
Visual inflammation seen on endoscopy/colonoscopy or on imaging	Yes	No
Treatment including anti-inflammatory medications such as steroids, immune suppressants	Yes	No
Surgery is sometimes necessary	Yes	No
Prevalence in United States	1%	10-15%
Male/female predominance	Equal	More females
Triggered by stress	No	Yes
Fistulas, abscess, strictures, perianal disease	Yes	No
Colon cancer risk	Yes	No

TABLA 2: EII VS. SII

El síndrome del intestino irritable es un trastorno funcional que es común en la población general con hasta un 10-15% afectado en los Estados Unidos. Los factores de riesgo incluyen sexo femenino, edad menor de 50 años, ansiedad o depresión concomitantes y antecedentes familiares de SII. El IBS no produce ningún hallazgo endoscópico o de imágenes y no tiene un mayor riesgo de cáncer. Los pilares de la terapia para el SII incluyen dieta, ejercicio, fibra y agentes neuromoduladores como los antidepresivos.¹⁶

Esto contrasta con la EII, que tiene inflamación endoscópica visual y se puede ver en estudios de imágenes. Si la EII no se trata, existe el riesgo de cáncer de colon y complicaciones como estenosis, abscesos y fístulas, como se mencionó anteriormente. Los medicamentos para la EII incluyen inmunosupresores.

Asesoramiento previo a la concepción

Resultados adversos del embarazo con EII activa

Las mujeres con EII activa en el momento de la concepción o las que tienen un brote durante el embarazo tienen un mayor riesgo de sufrir resultados adversos que incluyen abortos espontáneos, escaso aumento de peso materno, parto prematuro, bebés con bajo peso al nacer, preeclampsia y mayor riesgo de parto por cesárea.⁶⁻¹³ Los datos han demostrado que estos riesgos son mucho menores en las mujeres que se encuentran en remisión endoscópica antes del

embarazo y se debe realizar una colonoscopia actualizada en aquellas que contemplan el embarazo.

Para aquellas mujeres con EII que aún no están optimizadas, recomendamos asesorar a las pacientes sobre la anticoncepción segura y eficaz. Los dispositivos e implantes intrauterinos son los preferidos sobre los anticonceptivos hormonales combinados, ya que las mujeres con EII tienen un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica.¹⁸ Las mujeres con EII también tienen un mayor riesgo de osteoporosis, por lo tanto, las inyecciones de acetato de medroxiprogesterona de depósito deben usarse con precaución.¹⁸

Enfoque de equipo con obstetra, gastroenterólogo, especialista en medicina materno-fetal

Debido a estos mayores riesgos, el asesoramiento previo a la concepción es de suma importancia y, de hecho, se ha demostrado que mejora los resultados al mejorar la adherencia a los medicamentos y disminuir los brotes durante el embarazo.¹⁴ Abogamos por un enfoque de equipo con un obstetra y / o medicina materno-fetal (MFM) junto con un gastroenterólogo para todos los pacientes con EII, ya que hay datos de que incluso aquellos en remisión pueden tener un mayor riesgo de brotes y resultados adversos.¹² La discusión sobre la seguridad de los medicamentos es a menudo el foco de atención para los pacientes, pero los proveedores también deben asesorar sobre los riesgos de brotes y los resultados adversos de la inflamación activa si se disminuyen o suspenden los medicamentos. Un mensaje coherente para el paciente es fundamental

Pruebas previas a la concepción

Durante el asesoramiento previo a la concepción, obtenga análisis de laboratorio de referencia que incluyan marcadores inflamatorios (velocidad de sedimentación, proteína C reactiva), un marcador inflamatorio de heces comúnmente utilizado (calprotectina fecal) y una colonoscopia reciente para asegurar la remisión endoscópica.

Medicamentos para la EII durante el embarazo y la lactancia

Medicamentos para evitar la EII

Casi todos los medicamentos para la EII, con pocas excepciones, pueden continuarse durante el embarazo y la lactancia (Tabla 3). Las excepciones incluyen metotrexato y talidomida por sus conocidos efectos teratogénicos. El tofacitinib, un medicamento más nuevo que se aprobó recientemente para la colitis ulcerosa, no tiene datos suficientes para comentar sobre la seguridad durante el embarazo. Estos tres medicamentos deben evitarse y las pacientes que los toman y están contemplando el embarazo deben cambiarse a una alternativa más segura que logre la remisión endoscópica antes de concebir.¹²

Table 3 IBD MEDICATION SAFETY DURING PREGNANCY AND BREASTFEEDING COMPATIBILITY		
	Pregnancy	Breastfeeding
5-aminosalicylates ▪ Mesalamine ▪ Sulfasalazine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Low risk, continue ▪ For sulfasalazine supplement with folate 2 mg/day 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Low levels, rare reversible infant diarrhea ▪ Overall compatible
▪ Methotrexate ▪ Thalidomide	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contraindicated ▪ Teratogenic ▪ Abortifacient ▪ Delay pregnancy for at least 3-6 months 	Contraindicated
Tofacitinib	Insufficient human data available	Insufficient human data available
6-mercaptopurine, azathioprine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Low risk in monotherapy, continue ▪ Individualize dual therapy with biologics in certain patients in prolonged remission 	Low levels, compatible
Anti-TNF biologics ▪ Infliximab ▪ Adalimumab ▪ Golimumab ▪ Certolizumab (does not cross placenta)	Low risk in monotherapy, continue	Low or undetectable levels, compatible
Anti-integrin biologics ▪ Vedolizumab ▪ Natalizumab (rarely used)	Low risk in monotherapy, continue	Low or undetectable levels, compatible
Anti-interleukin biologics ▪ Ustekinumab	Low risk in monotherapy, continue	Low or undetectable levels, compatible
Steroids	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moderate risk: gestational diabetes, preterm birth ▪ Use if necessary with close maternal and fetal monitoring 	Low levels, compatible

TABLA 3: SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS PARA LA EII DURANTE EL EMBARAZO Y COMPATIBILIDAD CON LA LACTANCIA

Medicamentos para la EII para continuar

5-AMINOSALICILATOS Y SULFASALAZINA

Estos medicamentos vienen en forma de tabletas orales o supositorios / enemas rectales. Se utilizan comúnmente para la colitis ulcerosa leve a moderada y con menos frecuencia para la enfermedad de Crohn. Son de bajo riesgo y pueden continuarse durante el embarazo. Las mujeres embarazadas que toman sulfasalazina necesitan una mayor suplementación con ácido fólico de 2 mg al día. Se ha informado de diarrea infantil reversible en algunos casos, pero estos medicamentos se consideran compatibles con la lactancia.¹²

INMUNOMODULADORES: 6-MERCAPTOPURINA (6MP), AZATIOPRINA

Estos medicamentos orales se utilizan para la colitis ulcerosa de moderada a grave y la enfermedad de Crohn, ya sea como monoterapia o en combinación con productos biológicos. Los

datos recientes no muestran ningún aumento del riesgo de anomalías congénitas. Las recomendaciones son continuar con estos medicamentos durante el embarazo si se usan en monoterapia. En pacientes con terapia combinada con biológicos que se encuentran en remisión profunda, podemos considerar suspender estos medicamentos mientras se continúa con la monoterapia biológica según el caso en conjunto con el gastroenterólogo. Ambos son compatibles con la lactancia.¹²

MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS

Estos medicamentos, que son infusiones o inyecciones, se utilizan para la colitis ulcerosa de moderada a grave y la enfermedad de Crohn. Actualmente existen tres categorías amplias: 1) inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) como infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab; 2) antiintegrinas (vedolizumab, natalizumab); y 3) antiinterleucinas (ustekinumab).

Estos son medicamentos altamente efectivos que deben continuarse durante el embarazo. Si se omiten dosis o existe un intervalo prolongado entre dosis, los pacientes pueden desarrollar anticuerpos contra estos medicamentos que no solo los vuelven ineficaces, sino que también pueden causar una reacción alérgica potencialmente mortal en la reexposición. Por lo tanto, es imperativo tener en cuenta estos medicamentos y planificar cada dosis durante el embarazo y el período posparto.

Los medicamentos biológicos utilizados en la EII son anticuerpos monoclonales y se transfieren activamente a través de la placenta, con los niveles más altos en el segundo y tercer trimestre.¹⁷ Si bien no se conocen efectos adversos fetales, es ideal programar la dosis final del embarazo más lejos de la fecha estimada del parto para minimizar los niveles neonatales. La última dosis de un medicamento biológico durante el embarazo debe administrarse aproximadamente para que la siguiente dosis sea unos días después del parto. Por ejemplo, un intervalo de dosificación estándar de infliximab es cada 8 semanas, por lo tanto, la última dosis debe administrarse alrededor de las 32 semanas de gestación y la dosis posterior 1-2 días después del parto asumiendo un parto de 40 semanas. Si bien este es el escenario ideal para la remisión, si una paciente está inflamada durante el embarazo, estos medicamentos a menudo se aumentan y continúan durante el momento del parto.

La lactancia materna es compatible con todos los productos biológicos, ya que los niveles en la leche materna son extremadamente bajos o indetectables. Finalmente, los bebés expuestos a estos biológicos deben evitar las vacunas con virus vivos en los primeros 6 meses de vida.¹²

La excepción a lo anterior es certolizumab pegol, que es un biológico anti-TNF inyectable aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn. Debido a que carece de una región fragmentada cristalizable (Fc), es el único biológico que no atraviesa la placenta, por lo que la exposición fetal y neonatal es insignificante. Por lo tanto, no es necesario sincronizar la dosificación con la entrega y los programas de vacunación infantil no se modifican. Si bien la falta de transferencia transplacentaria es una característica favorable del certolizumab, también se deben considerar la eficacia, el costo y otros factores potenciales al elegir cualquier biológico para encontrar las mejores opciones individualizadas para los pacientes.¹²

ESTEROIDES

La prednisona o la budesonida (un equivalente de esteroide oral dirigido al tracto gastrointestinal que se usa para los brotes más leves en la EII) se usan a menudo para los brotes tanto de la colitis ulcerosa como de la enfermedad de Crohn, pero no deben usarse como terapia de mantenimiento. Si la paciente se encuentra en las primeras etapas de su embarazo y requiere esteroides, se debe considerar la intensificación de la terapia de mantenimiento, incluido el inicio de un biológico de acción rápida como infliximab. Los esteroides durante el embarazo tienen efectos adversos bien conocidos, pero son efectivos para controlar rápidamente los brotes de EII. Son compatibles con la lactancia materna.¹²

Seguimiento de pacientes con EII durante el embarazo

Para aquellas pacientes con EII que están en remisión endoscópica antes del embarazo, están tomando medicamentos estables y no presentan brotes, la atención rutinaria antes del parto es apropiada. Recomendamos una visita gastrointestinal y un hemograma completo con enzimas hepáticas cada trimestre junto con las visitas y los laboratorios de obstetricia de rutina. El obstetra puede considerar que las ecografías de crecimiento son necesarias si el embarazo progresa según lo planeado. Se recomienda un examen del perineo en las personas con enfermedad de Crohn para asegurarse de que no se observe una enfermedad activa en el tercer trimestre.¹²

Para aquellas pacientes con EII que presentan exacerbaciones durante el embarazo, es esencial un seguimiento estrecho de OB, GI y MFM. El médico gastrointestinal puede obtener análisis de laboratorio más especializados que incluyen análisis de heces para detectar infecciones y el marcador inflamatorio de calprotectina en las heces y ajustar o comenzar a tomar medicamentos según sea necesario para controlar el brote. Desde el punto de vista de OB y MFM, considere la posibilidad de realizar gammagrafías de crecimiento más frecuentes y, si toma esteroides, un control de la glucosa más cercano.¹²

Si existe la preocupación de un nuevo diagnóstico de EII o un brote severo que requiera el inicio de biológicos durante el embarazo, se puede considerar un procedimiento endoscópico con una fuerte preferencia por una sigmoidoscopia flexible menor en lugar de una colonoscopia completa. Las sigmoidoscopias flexibles se pueden realizar rápidamente sin sedación ni preparación y se pueden realizar en el entorno del laboratorio gastrointestinal del hospital en lugar de en el consultorio de la clínica ambulatoria. Sin embargo, los procedimientos gastrointestinales de rutina, como las colonoscopias de detección o las endoscopias digestivas altas no urgentes, deben aplazarse hasta el período posparto. Cualquier procedimiento gastrointestinal durante el embarazo debe realizarse en coordinación con el obstetra para garantizar que se cuente con un plan adecuado de monitoreo fetal antes del procedimiento.¹³

Modo de parto

A pesar de las tasas más altas de parto por cesárea en mujeres con EII en comparación con la población general, la única contraindicación absoluta para el parto vaginal es la enfermedad perianal activa en mujeres con enfermedad de Crohn.¹⁴ En las mujeres que se han sometido a una cirugía de bolsa en J y les ha ido bien, estudios recientes no han mostrado un empeoramiento de la función de la bolsa después de un parto vaginal, por lo que esta decisión puede individualizarse. La preocupación por el parto vaginal en mujeres con EII es el aumento del riesgo percibido de resultados adversos con laceraciones perineales, especialmente de tercer o cuarto grado, pero hasta ahora esto no se ha demostrado.¹⁵ Las mujeres con ileostomía o colostomía también pueden intentar un parto vaginal si no han tenido complicaciones con sus ostomías. Por lo tanto, para la gran mayoría de mujeres con EII, no hay razón para recomendar un parto por cesárea programado debido a la EII.

Consideraciones posparto adicionales

Se ha demostrado que los AINE en pacientes con EII provocan ulceraciones y brotes.³ Los AINE también son los analgésicos más utilizados después del parto. Se prefieren formas alternativas de analgésicos en pacientes con EII, pero si se requieren AINE para controlar el dolor, recomendamos usar la dosis más baja y la duración más corta.

La alholva * es un suplemento de lactancia común, pero debe evitarse ya que puede causar diarrea con sangre y puede precipitar brotes posparto en mujeres con EII.¹³

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Referencias

* <https://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/plantas-medicinales/que-es-el-fenogreco-o-alholva-principios-activos>

1. Dahlhamer JM, Zammitti EP, Ward BW, Wheaton AG, Croft JB. Prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal entre adultos ≥ 18 años — Estados Unidos, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* . 2016; 65 (42): 1166-1169. doi: 10.15585 / mmwr.mm6542a3
2. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, et al. Aumento de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades inflamatorias del intestino con el tiempo, según una revisión sistemática. *Gastroenterología* . 2012; 142 (1): 46-54.e42. doi: 10.1053 / j.gastro.2011.10.001
3. Ye BD, McGovern DP. Variación genética en la EII: progreso, pistas de patogénesis y posible utilidad clínica. *Experto Rev Clin Immunol* . 2016; 12 (10): 1091-1107. doi: 10.1080 / 1744666X.2016.1184972
4. Barclay, AR, Russell RK, Wilson MW, Gilmour WH, Satsangi J, Wilson DC. Revisión sistemática: el papel de la lactancia materna en el desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica. *J. Pediatr* . 2009; 155 (3): 421-426. doi: 10.1016 / j.jpeds.2009.03.017
5. Cornish JA, Tan E, Teare J, et al. El efecto de la proctocolectomía restauradora sobre la función sexual, la función urinaria, la fertilidad, el embarazo y el parto: una revisión sistemática. *Dis Colon Rectum* . 2007; 50 (8): 1128-1138. doi: 10.1007 / s10350-007-0240-7
6. Rogers RG, Katz VL. Curso de la enfermedad de Crohn durante el embarazo y su efecto sobre el resultado del embarazo: una revisión retrospectiva. *Soy J Perinatol* . 1995; 12 (4): 262-264. doi: 10.1055 / s-2007-994469
7. Pedersen N, Bortoli A, Duricova D, et al. El curso de la enfermedad inflamatoria intestinal durante el embarazo y el posparto: un estudio prospectivo europeo ECCO-EpiCom de 209 mujeres embarazadas. *Aliment Pharmacol Ther* . 2013; 38 (5): 501-512. doi: 10.1111 / apt.12412
8. Bortoli A, Pedersen N, Duricova D, et al. Resultado del embarazo en la enfermedad inflamatoria intestinal: estudio europeo prospectivo de casos y controles ECCO-EpiCom, 2003-2006. *Aliment Pharmacol Ther* . 2011; 34 (7): 724-734. doi: 10.1111 / j.1365-2036.2011.04794.x
9. Bröms G, Granath F, Linder M, Stephansson O, Elmberg M, Kieler H. Resultados del parto en mujeres con enfermedad inflamatoria intestinal: efectos de la actividad de la enfermedad y exposición a fármacos. *Inflamm Intestinal Dis* . 2014; 20 (6): 1091-1098. doi: 10.1097 / MIB.0000000000000060
10. Getahun D, Fassett MJ, Longstreth GF y col. Asociación entre la enfermedad intestinal inflamatoria materna y los resultados perinatales adversos. *J Perinatol* . 2014; 34 (6): 435-440. doi: 10.1038 / jp.2014.41
11. Stephansson O, Larsson H, Pedersen L y col. La enfermedad de Crohn es un factor de riesgo de parto prematuro. *Clin Gastroenterol Hepatol* . 2010; 8 (6): 509-515. doi: 10.1016 / j.cgh.2010.02.014
12. Mahadevan U, Robinson C, Bernasko N, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal en la vía de atención clínica del embarazo: un informe del Grupo de Trabajo del Proyecto de Paternidad con EII de la Asociación Americana de Gastroenterología *Gastroenterología* . 2019; 156 (5): 1508-1524. doi: 10.1053 / j.gastro.2018.12.022
13. Wong MS y Bonthala N. Enfermedad gastrointestinal en el embarazo. En: Obstetricia: embarazos normales y problemáticos, octava edición. Nueva York, Churchill Livingstone. 2020.
14. Foulon A, Dupas JL, Sabbagh C, et al. Definición del modo de parto más apropiado en mujeres con enfermedad inflamatoria intestinal: una revisión sistemática. *Inflamm Intestinal Dis* . 2017; 23 (5): 712-720. doi: 10.1097 / MIB.0000000000001112
15. Bonthala N, Wong M, Kilpatrick S, Melmed G. El parto vaginal quirúrgico y las laceraciones perineales de orden superior no provocan un empeoramiento de la enfermedad en mujeres con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología* . 2016; 150 (4): S399. doi: 10.1016 / S0016-5085 (16) 31395-6
16. Ford AC, Moayyedi P, Chey, WD, et al; Grupo de trabajo del ACG sobre el tratamiento del síndrome del intestino irritable. Monografía del American College of Gastroenterology sobre el manejo del síndrome del intestino irritable. *Soy J Gastroenterol* . 2018; 113 (supl 2): 1-18. doi: 10.1038 / s41395-018-0084-x

17. Mahadevan U, Wolf DC, Dubinsky M, et al. Transferencia placentaria de agentes anti-factor de necrosis tumoral en pacientes embarazadas con enfermedad inflamatoria intestinal. *Clin Gastroenterol Hepatol* . 2013; 11 (3): 286-292. doi: 10.1016 / j.cgh.2012.11.011
18. Bonthala N, Kane S. Actualizaciones sobre problemas de salud de la mujer en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Opciones de tratamiento Curr Gastroenterol* . 2018; 16 (1): 86-100. doi: 10.1007 / s11938-018-0172-4