

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y EMBARAZO: ACLARANDO MITOS CON EVIDENCIA MÉDICA

LUPUS ERYTHEMATOSUS SYSTEMIC AND PREGNANCY CLRRIFYING MYTHS WITH MEDICAL EVIDENCE

(1) Ontiveros Hernández Allison
(1) Munguía Realpozo Pamela*
(2) Mendoza Pinto Claudia

ISSN 2448-5829

Año 11, No. 32, 2025, pp. 54 - 63

RD-ICUAP

(1) Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Calle 13 Sur 2702, Los Volcanes, C.P 72420, Heroica Puebla de Zaragoza, Pue.

(2) Centro de Investigación Biomédica de Oriente. Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 5 Km 4.5 Carretera Federal Atlixco-Metepec 74360 Metepec, Puebla, México. Bachillerato Tecnológico Agropecuario sede Ixtepec del Complejo Regional Nororiental de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

*Autor de correspondencia: pamelamunguia@yahoo.com.mxramiro.alli.2400@hotmail.com cmendozap.26@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0655-304X>
<https://orcid.org/0000-0002-5101-7705>
<https://orcid.org/0000-0002-6967-7939>

Resumen

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica. Su diagnóstico se fundamenta en la presencia de autoanticuerpos y en manifestaciones clínicas que pueden variar en la afectación de órganos y sistemas, así como en su severidad. A pesar de que la fertilidad no suele verse afectada, las pacientes con LES pueden presentar complicaciones durante el embarazo. Durante el embarazo, se producen cambios fisiológicos que pueden empeorar la afección renal y cardíaca por brotes que se pueden presentar hasta en el 60% en estos pacientes, además puede ser causa de morbilidad del bebé como aborto espontáneo, parto prematuro y restricción de crecimiento del bebé en el útero. La planificación y monitoreo estricto del embarazo son esenciales, y muchos mitos sobre fertilidad y lactancia han sido desmentidos, de hecho, algunos de los medicamentos utilizados para tratar el LES, como la hidroxiclороquina, son seguros durante embarazo y lactancia. El manejo adecuado de los riesgos maternos y fetales requiere un enfoque multidisciplinario para asegurar el bienestar del binomio.

Palabras clave: Lupus Eritematoso Sistémico; Embarazo; Mantenimiento del Embarazo; Complicaciones del Embarazo; Fertilidad; Lactancia materna; Atención Preconceptiva

Abstract

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune inflammatory disease. Diagnosis is based of autoantibodies and various clinical manifestations, ranging from mild symptoms to severe complications affecting multiple organs. Importantly, fertility is generally not impacted by SLE. During pregnancy, physiological changes may exacerbate renal and cardiac function in individuals with SLE. Common complications of pregnancy in these patients include miscarriage, preterm birth, restricted fetal growth, and an increased risk of disease flare-ups, which can occur in up to 60% of cases. Careful planning and monitoring during pregnancy are crucial, and many myths regarding fertility and breastfeeding have been debunked. Some medications used to treat SLE, such as hydroxychloroquine, are safe to use during pregnancy and breastfeeding. Effective management of both maternal and fetal risks requires a multidisciplinary approach to ensure the well-being of both mother and child.

Keywords: Lupus Erythematosus Systemic; Pregnancy; Pregnancy Maintenance; Pregnancy Complications; Fertility; Breastfeeding; Preconception Care

Generalidades del Lupus Eritematoso Sistémico

La dieta cetogénica, también conocida como "keto", es un tipo de alimentación que ha ganado popularidad en los últimos años entre quienes buscan perder peso, mejorar su salud o aumentar su rendimiento físico. Esta dieta se basa en consumir muy pocos carbohidratos y una alta cantidad de grasas, llevando al cuerpo a un estado llamado cetosis (figura 1). En este estado, el cuerpo utiliza la grasa como principal fuente de energía en lugar de los carbohidratos. Aunque parece una dieta prometedora, es importante conocer en profundidad cómo funciona, sus posibles beneficios y riesgos, y para quién es realmente adecuada.

Manifestaciones musculares	
<ul style="list-style-type: none"> • Esqueleto dolor • Polimiositis • Lesión tendinosa • Síndrome de dolor • Eritema subcutáneo • Miopata • Síndrome de dolor y espasmo 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión articular • Lesión miofascial • Fibrosis • Atrofia • Miopata • Hiperplasia de la fibra
Manifestaciones neurológicas	Manifestaciones digestivas
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el sistema nervioso • Parosmia • Anorexia • Náuseas • Síndrome de intestino irritable 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperplasia intestinal • Síndrome de parosmia y hemicránea • Síndrome de parosmia de proteínas • Parosmia, hemicránea y síndrome de intestino irritable
Manifestaciones cardíacas	Manifestaciones renales
<ul style="list-style-type: none"> • Pericarditis • Miocarditis • Estenosis de la válvula aórtica • Endocarditis reumatoide aguda, asociada en relación con antinúcleos anticitoplásmicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Nefropatía glomerular • Nefropatía tubulointersticial • Nefropatía reumatoide • Nefropatía sistémica

Figura 1. Manifestaciones clínicas del Lupus Eritematoso Sistémico, modificado de Molina, J., & Molina, J. F., 2019. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9-LES.pdf>

Los cambios anatómicos, fisiológicos y bioquímicos que ocurren durante el embarazo son significativos e inician poco después de la fecundación y persisten a lo largo de la gestación, como respuesta a estímulos provenientes del feto y la placenta (Cunningham F. et al., 2015). Algunos signos y síntomas normales que acompañan el embarazo pueden ser confundidos con la afectación intrínseca del LES, como es el dolor articular, fatiga, erupciones cutáneas e hinchazón de los pies (Dao, K. H., & Bermas, B. L., 2022).

Las manifestaciones clínicas de LES pueden agravarse durante el embarazo y ocasionar complicaciones tanto para la madre como para el bebé (Zucchi, D. et al., 2022), dado que, durante este periodo, existe un riesgo de reactivación de la enfermedad (Pons-Estel, G. J., & Pons-Estel, B. A., 2024), hasta del 60% (Merz, W. M. et al., 2022). Algunas de ellas son aborto espontáneo, muerte dentro del útero, crecimiento limitado dentro del útero y parto prematuro, posterior a su nacimiento son poco frecuentes las complicaciones.

Aunque los resultados del embarazo en pacientes con LES han mejorado significativamente en los últimos años, la tasa de pérdida fetal es mayor en comparación con mujeres embarazadas sin la enfermedad (Mokbel, A., Geilan, A. M. & AboElgheit, S., 2013).

Lupus Eritematoso Sistémico y embarazo

Durante el embarazo, el cuerpo de la madre experimenta cambios en el sistema inmunológico para mantener un equilibrio, tanto como para no atacar al bebé como si fuera una amenaza, como para mantener la protección de agentes externos. Uno de los cambios más importantes es el ajuste de las células llamadas linfocitos, además se presentan cambios en niveles de hormonas, como los estrógenos, que también influyen en el funcionamiento de estas células, en mujeres con LES (Tan, Y. et al., 2022).

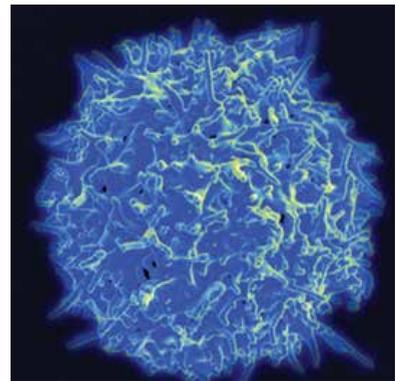


Figura 2. Linfocito T. El sistema inmunológico de la madre ajusta sus células, como los linfocitos T, para evitar atacar al bebé. <https://access-medicina.bibliotecaiccuap.elegim.com/ViewLarge.aspx?figid=281683608&gbosContainerID=0&gbosid=0&groupid=0§ionId=281683388&multimediaId=undefined>

urante el embarazo el corazón también presenta cambios, con aumento de la cantidad de sangre, el corazón bombea más sangre y disminuye la presión arterial.

Los riñones también, aumentan de tamaño hasta un 30%, y pueden llenarse de agua, causada por la presión del útero en crecimiento, también se presenta un aumento entre un 40 y un 65% del flujo de sangre que llega a los riñones, y la capacidad del riñón para filtrar sustancias se incrementa entre un 50 y un 85% (Carrillo-Mora, P. et al., 2021). Estos cambios son normales en una mujer embarazada sana y permiten el desarrollo adecuado del bebé, pero en el contexto de una embarazada con LES pueden complicar o superponerse a la enfermedad (Clowse ME., 2007).

Mitos comunes sobre lupus y embarazo

Que la fertilidad se ve deteriorada en pacientes con LES es uno de los grandes mitos. La realidad es que no se ve alterada en la mayoría de las pacientes. Ciertos factores de riesgo podrían tener un impacto negativo, tales como la edad, otras enfermedades coexistentes, que la enfermedad esté activa al momento del embarazo (Bălănescu, A., Donisan, T., & Bălănescu, D., 2017), y el uso de medicamentos por ejemplo la ciclofosfamida que pueden provocar falla ovárica prematura (Zucchi, D., Tani, C., & Mosca, M., 2024).

Los avances en la medicina han permitido que estos riesgos se reduzcan significativamente. La planificación del embarazo y se mantener al menos 6 meses de no tener síntomas de la actividad, disminuye los riesgos. En caso de presentarse actividad el riesgo de partos prematuros puede elevarse hasta un 33%

(Merz, W. M., Fischer-Betz, R., Hellwig, K., Lamprecht, G., & Gembruch, U., 2022) En realidad, son pocas las condiciones que contraindican el embarazo en pacientes con LES. Entre estas se encuentran la hipertensión pulmonar con presión arterial pulmonar sistólica >50 mmHg, restricción funcional ventilatoria severa, insuficiencia cardíaca grave, enfermedad renal crónica en estadios 4 o 5, antecedentes de preeclampsia o síndrome HELLP, así como un accidente cerebrovascular o un brote grave de la enfermedad en los seis meses previos (Bălănescu, A., Donisan, T., & Bălănescu, D., 2017).

También, se llegó a considerar que la lactancia materna podía desencadenar brotes de LES y debido a los medicamentos utilizados en el tratamiento de la enfermedad, se desaconsejaba su práctica. No obstante, estudios recientes muestran que no hay un incremento significativo en la actividad de la enfermedad y que los medicamentos usados se encuentra en mínimas concentraciones en leche materna (Bălănescu, A., Donisan, T., & Bălănescu, D., 2017).

Riesgos maternos

Los brotes de actividad de LES durante el embarazo no son frecuentes, aunque algunos autores comentan que se puede presentar manifestaciones clínicas hasta en el 50% de los pacientes, no obstante si antes del embarazo se tuvo enfermedad renal por lupus, es más probables las recaídas, estas recaídas pueden deberse a los cambios del medicamento (por algunos ser tóxicos durante el embarazo) (Petri, M., 2020), o por los cambios fisiológicos propios del embarazo.

La enfermedad renal por lupus puede presentarse por primera vez durante el embarazo hasta en un 30% (Zucchi, D., Fischer-Betz, R., & Tani, C. 2023), se ha demostrado que la nefritis lúpica aumenta el riesgo de hipertensión durante el embarazo y parto prematuro (Smyth, A., et al., 2020). Además de aumentar la posibilidad de presentar preeclampsia, la cual es uno de los estados hipertensivos del embarazo, y se ha demostrado que se presenta entre 2 a 3 veces más en pacien-

tes con LES en comparación con aquellas sin la enfermedad, otros factores que se puede asociar a estos estados hipertensivos del embarazo son: la presencia de anticuerpos antifosfolípidos, trombocitopenia, niveles bajos de complemento, edad materna avanzada, antecedentes de enfermedad hipertensiva en embarazos anteriores, hipertensión preexistente, diabetes y obesidad (Dalal, D. S., Patel, K. A. & Patel, M. A., 2019).

Riesgos fetales

La complicación más común es el parto prematuro, definido como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, con una tasa de incidencia reportada del 30-40% aunque en los últimos años estas cifras se han ido reduciendo hasta un 17% (Dao, K. H., & Bermas, B. L., 2022). Se han identificado como factores de riesgo tanto la presencia de la enfermedad activa como el tratamiento con glucocorticoides durante el embarazo (Chakravarty, E. F. et al., 2005), además de la presencia de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, especialmente, cuando se presenta con una sustancia denominada anticoagulante lúpico (Yelnik, C. M. et al., 2016). Otra complicación es la ruptura prematura de membranas, la cual se presenta con más frecuencia en pacientes con LES (Johnson, M. J. et al., 1995) en comparación con las mujeres sin enfermedad. Finalmente, es pertinente mencionar la restricción del crecimiento intrauterino, una condición poco común que en mujeres sanas está asociada a factores como el tabaquismo y la hipertensión. En el contexto de embarazadas con LES, se presenta en un 5,3% comparada con el 1,6% de pacientes sanas. Este riesgo es particularmente elevado cuando el LES está activo al momento de la concepción o en los seis meses previos al embarazo (Zucchi, D., Fischer-Betz, R., & Tani, C., 2023).



Figura 3. Complicaciones en el embarazo. <https://cpedrosa.com/obstetricia-y-control-del-embarazo/prevenir-complicaciones-parto/>

Logrando un embarazo seguro

El objetivo antes del embarazo es que la enfermedad de LES esté bien controlada o en fase de baja actividad el Colegio Mexicano de Reumatología recomienda mantener esta condición durante al menos 6 meses antes de intentar embarazarse (Salinas, M. Á. S. et al., 2015). Se recomienda planificar el embarazo con anticipación para revisar y ajustar a los medicamentos que sean seguros durante el mismo (Somers, E. C., 2020). El propósito del asesoramiento preconcepcional es minimizar el riesgo de embarazos no deseados, mantener baja actividad, y evitar complicaciones, como mostramos en la figura 4 (Zucchi, D., Fischer-Betz, R., & Tani, C., 2023).

Objetivos del asesoramiento preconcepcional
1. Evaluar la actividad de la enfermedad reumática, determinar momento propicio al embarazo si la enfermedad está activa.
2. Realizar intervenciones para optimizar el control de la enfermedad.
3. Ajustar la medicación compatible con el embarazo y la lactancia.
4. Realizar la serología, especialmente autoanticuerpos que afectan los resultados del embarazo.
5. Realizar el diagnóstico genético, realizar tests prenatales, diagnóstico y neonatal, evaluar riesgo de malformaciones congénitas.
6. Evaluar factores de riesgo cardiovascular: como hipertensión, diabetes, tabaquismo, alcohol y otros de riesgo y establecer estrategias conductuales.
7. Mantener un seguimiento prenatal estrecho (Folicloroquinolona, suplemento de ácido fólico y vitamina B12).
8. Decidir con la paciente y su pareja los riesgos maternos y fetales y establecer momento al embarazar si es necesario.
9. Realizar sobre los riesgos de interrupción de embarazo, como el aborto, de forma y consecuencias del embarazo.
10. Buscar sobre la efectividad de la lactancia y un acervo de leche materna (opcional: Bazo).
11. Crear la autoconciencia para asegurar un embarazo en el momento adecuado, sero resulte el nivel de vida personal más saludable.

Figura 4. Objetivos del asesoramiento preconcepcional (Zucchi, D., Fischer-Betz, R., & Tani, C., 2023).
Elaboración propia.

Durante esta evaluación preconcepcional se debe verificar el estado de autoanticuerpos, niveles de proteínas, marcadores de inflamación y actividad en la sangre, ya que podrían ayudar a predecir las complicaciones y a identificar con antelación a mujeres con mayor riesgo (Tan, Y. et al., 2022). Por ejemplo, los anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB están relacionados a bloqueo cardíaco congénito y el lupus neonatal, por ello, se recomienda que las mujeres embarazadas con estos autoanticuerpos se realicen ecocardiografías fetales regulares desde la semana 16 de gestación y reciban hidroxicloroquina para disminuir el riesgo (Petri M. 2020).

Lactancia en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico

Se ha descrito que las pacientes con LES suelen abandonar más la lactancia que aquellas sanas (Anderson P. O., 2019). A pesar de lo que se cree, muchos medicamentos para el LES son seguros durante la lactancia, por ejemplo, la hidroxicloroquina, antiinflamatorios no esteroideos, sulfasalazina y los inmunosupresores como ciclosporina, azatioprina y tacrolimus son compatibles con la lactancia (Dao, K. H. & Bermas, B. L., 2022).

En particular, la hidroxicloroquina está recomendada para todas las mujeres con LES durante el embarazo y lactancia, ya que contribuye a reducir la actividad de la enfermedad y a mejorar el pronóstico del embarazo (Liu, E., Liu, Z., & Zhou, Y., 2018). Este medicamento ofrece múltiples beneficios, tales como disminuir los brotes de la enfermedad, reducción de coágulos sanguíneos y la prevención de problemas cardíacos en el bebé (Tan, Y. et al., 2022). Asimismo, se aconseja continuar el uso de la prednisona a dosis bajas con el objetivo de disminuir la inflamación y controlar el LES en caso de que este sea requerido (Petri M. 2020).

Por el contrario, se debe evitar el metotrexato, dado que, aunque pasa solo en pequeñas cantidades a la leche, interfiere

con el metabolismo del ácido fólico, necesario para la formación de purinas. También es importante evitar micofenolato de mofetilo, ciclofosfamida y leflunomida durante la lactancia y el embarazo, en el caso de medicamentos biológicos, se tiene poca experiencia con su uso durante estos periodos y deberá siempre ser utilizado considerando riesgo-beneficio (Dao, K. H. & Bermas, B. L., 2022).

Medicamentos compatibles con la lactancia materna	Medicamentos con datos limitados sobre la lactancia materna que deben evitarse durante la lactancia y que pueden utilizarse solo si otros fármacos no pueden controlar la enfermedad	Medicamentos con muy pocos datos sobre la lactancia materna que deben evitarse durante la lactancia y que pueden utilizarse solo si otros fármacos no pueden controlar la enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> • Hidroxicloroquina • Clorquina • Sulfasalazina • Azatioprina • Ciclosporina • Tacrolimus • Prednisona • Prednisona intravenosa • ANE: sintomático de la COVID-19, siempre sintomático • Corticoides 	<ul style="list-style-type: none"> • Metotrexato • Micofenolato de mofetilo • Ciclofosfamida • Leflunomida • ANE: sintomático de la COVID-19, siempre sintomático 	<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos

Figura 5. Medicamentos para manejo del Lupus Eritematoso Sistémico y su relación con la lactancia materna (Bălănescu, A., Donisan, T., & Bălănescu, D., 2017). Elaboración propia.

Colaboración multidisciplinaria

El manejo de una mujer embarazada con enfermedades autoinmunes requiere la colaboración estrecha de un equipo multidisciplinario. Este grupo debe incluir las especialidades de Reumatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal y, según sea necesario, Nefrología o Cardiología Pediátrica, quienes desempeñan roles fundamentales en cada etapa del proceso (Dao, K. H., & Bermas, B. L., 2022).

Estos expertos son los responsables de identificar posibles contraindicaciones, calcular el riesgo individual del embarazo, analizar antecedentes obstétricos y factores de mal pronóstico, así como de evaluar la evolución clínica de la madre. Además, garantizan un seguimiento integral durante todo el embarazo, asegurando así la mejor atención para el binomio madre-hijo.



Figura 6. Manejo multidisciplinario en el embarazo de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. https://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_quinta_consulta.htm

Conclusiones

- El LES es una enfermedad autoinmune crónica que afecta principalmente a mujeres jóvenes en edad fértil.
- Durante el embarazo, pueden presentarse complicaciones materno-fetales como brotes, preeclampsia, parto prematuro, abortos, ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino, lupus neonatal, problemas cardíacos.
- A pesar de estos riesgos, los avances en el manejo del LES durante el embarazo han mejorado significativamente los resultados para estas pacientes.
- Un enfoque multidisciplinario, que involucre distintas especialidades y un seguimiento cercano tanto del embarazo como de la enfermedad, es fundamental para reducir las complicaciones.

- Es posible lograr embarazos exitosos en pacientes con LES mediante una adecuada planificación, monitoreo constante, verificación de los medicamentos seguros para la madre y el bebé durante el embarazo y la lactancia, lo cual contribuye a garantizar un embarazo y puerperio sin complicaciones.

Declaración de privacidad

Los datos de este artículo, así como los detalles técnicos para la realización del experimento, se pueden compartir a solicitud directa con el autor de correspondencia.

Los datos personales facilitados por los autores a RD-ICUAP se usarán exclusivamente para los fines declarados por la misma, no estando disponibles para ningún otro propósito ni proporcionados a terceros.

Conflicto de interés

Los autores de este manuscrito declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Agradecimientos

Agradecemos a todo el equipo que hizo posible este artículo y a la Facultad de Medicina por su apoyo.

Referencias

- Anderson P. O. (2019). Drugs for Lupus While Breastfeeding. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 14(10), 688–690. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0232>
- Bălănescu, A., Donisan, T., & Bălănescu, D. (2017). An ever-challenging relationship: lupus and pregnancy. *Reumatologia*, 55(1), 29–37. <https://doi.org/10.5114/reum.2017.66685>
- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., & Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la facultad de medicina (Mexico)*, 64(1), 39-48.
- Clowse ME. Lupus activity in pregnancy. *Rheum Dis Clin North Am*. 2007 May;33(2):237-52. v. doi: 10.1016/j.rdc.2007.01.002.
- Dao, K. H., & Bermas, B. L. (2022). Systemic Lupus Erythematosus Management in Pregnancy. *International journal of women's health*, 14, 199–211. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S282604>
- Dalal, D. S., Patel, K. A., & Patel, M. A. (2019). Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy: A Brief Review. *Journal of obstetrics and gynaecology of India*, 69(2), 104–109. <https://doi.org/10.1007/s13224-019-01212-8>
- Fisiología materna. Cunningham F, & Leveno K.J., & Bloom S.L., & Spong C.Y., & Dashe J.S., & Hoffman B.L., & Casey B.M., & Sheffield J.S. (2015) (Eds.), *Williams. Obstetricia*, 24e. McGraw-Hill Education
- Johnson, M. J., Petri, M., Witter, F. R., & Repke, J. T. (1995). Evaluation of preterm delivery in a systemic lupus erythematosus pregnancy clinic. *Obstetrics and gynecology*, 86(3), 396–399. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00186-U](https://doi.org/10.1016/0029-7844(95)00186-U)

Justiz Vaillant, A. A., Goyal, A., & Varacallo, M. A. (2023). Systemic Lupus Erythematosus. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Merz, W. M., Fischer-Betz, R., Hellwig, K., Lamprecht, G., & Gembruch, U. (2022). Pregnancy and Autoimmune Disease. *Deutsches Arzteblatt international*, 119(9), 145–156. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0353>

Mokbel, A., Geilan, A. M. & AboElgheit, S. (2013). Could women with systemic lupus erythematosus (SLE) have successful pregnancy outcomes? Prospective observational study. *The Egyptian Rheumatologist*, 35 (3), 133-139. <https://doi.org/10.1016/j.ejr.2013.02.002>

Liu, E., Liu, Z., & Zhou, Y. (2018). Feasibility of hydroxychloroquine adjuvant therapy in pregnant women with systemic lupus erythematosus. *Biomed Res-Tokyo*, 29, 980-3.

Petri M. (2020). Pregnancy and Systemic Lupus Erythematosus. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 64, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.09.002>

Pons-Estel, G.J., & Pons-Estel, B.A. (2024). Lupus eritematoso sistémico. En A. von Domarus, P. Farreras, C. Rozman, F. Cardellach, J.M.^a Nicolás, R. Cervera, A. Agustí, R. Bataller, J. Brugada, J.M.^a Campistol, R. Carmena, A. Carreres, A. Castells, J. Castro, M.^a C. Cid, J. Dalmau, A. De La Sierra, J.C. Duró, M. Esteller, M.^aT. Estrach, X. Forn, J.M.^a Gatell, P. Ginès, R. Gomis, F. Graus, J.M.^a Miró, S. Nogué, A. Prat, R. Pujol-Borrell, V. Riambau, J.M.^a Ribera, Á. Urbano, E. Vieta, M. Vilardell, & A. Selva (Eds.), Farreras Rozman. *Medicina Interna* (20^a ed., pp. 1095-1103). ISBN 978-84-1382-486-4. <http://dxdoi.bibliotecaup.elogim.com/10.1016/B978-84-1382-486-4.00131-1>

Salinas, M. Á. S., Cruz, A. B., Castañeda, A. R. C., Quezada, L. J. J., Arce-Salinas, C. A., Nemegeyi, J. Á., ... & Castañeda, M. C. A. (2015). Guías de práctica clínica para la atención del embarazo en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes del Colegio Mexicano de Reumatología. Parte I. *Reumatología clínica*, 11(5), 305-315

Smyth, A., Oliveira, G. H., Lahr, B. D., Bailey, K. R., Norby, S. M., & Garovic, V. D. (2010). A systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, 5(11), 2060–2068.

Somers E. C. (2020). Pregnancy and autoimmune diseases. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology, 64, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.11.004>

Tan, Y., Yang, S., Liu, Q., Li, Z., Mu, R., Qiao, J., & Cui, L. (2022). Pregnancy-related complications in systemic lupus erythematosus. Journal of autoimmunity, 132, 102864. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102864>

Yelnik, C. M., Laskin, C. A., Porter, T. F., Branch, D. W., Buyon, J. P., Guerra, M. M., Lockshin, M. D., Petri, M., Merrill, J. T., Sammaritano, L. R., Kim, M. Y., & Salmon, J. E. (2016). Lupus anticoagulant is the main predictor of adverse pregnancy outcomes in aPL-positive patients: validation of PROMISSE study results. Lupus science & medicine, 3(1), e000131. <https://doi.org/10.1136/lupus-2015-000131>

Zucchi, D., Elefante, E., Schilirò, D., Signorini, V., Trentin, F., Bortoluzzi, A., & Tani, C. (2022). One year in review 2022: systemic lupus erythematosus. Clinical and experimental rheumatology, 40(1), 4–14. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/nolysy>

Zucchi, D., Fischer-Betz, R., & Tani, C. (2023). Pregnancy in systemic lupus erythematosus. Best practice & research. Clinical rheumatology, 37(4), 101860. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2023.101860>

Zucchi, D., Tani, C., & Mosca, M. (2024). Reproductive Health in RA, Lupus, and APS. Journal of clinical rheumatology : practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases, 30(7S Suppl 1), S42–S48. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000002141>