

8. Tratamiento con IgG durante el embarazo

Cada país e institución puede tener sus propias normas acerca de la administración de tratamientos con inmunoglobulinas. Siga sus directrices locales y nacionales.

Este capítulo trata del embarazo en la inmunodeficiencia en lugar de en las pacientes que reciben tratamiento inmunomodulador.

El tratamiento con inmunoglobulinas se ha utilizado de forma segura en embarazadas con deficiencias de anticuerpos. En estos casos, el tratamiento sustitutivo no solo es necesario para la madre, sino también para el feto. **Es fundamental tanto para la madre como para el niño que el tratamiento con inmunoglobulinas no se vea interrumpido por nadie que no sea el médico que lo haya iniciado (1, 2).**

La IgG es el único isotipo que atraviesa la placenta durante el embarazo, y las concentraciones séricas de IgG durante los primeros meses de vida representan en gran parte la IgG materna (3). Esto se ve sustituido gradualmente por la IgG intrínseca del niño, y entre los 6 y los 9 meses de edad la IgG es prácticamente solo del niño (4).

Las pacientes a las que se diagnostique por primera vez inmunodeficiencia durante el embarazo, deben comenzar el tratamiento con inmunoglobulinas lo antes posible. Sin embargo, esta decisión debe tomarse de acuerdo con la paciente.

NOTA: Las pacientes que reciban infusiones de tratamiento con IgG subcutáneas en el abdomen deben cambiar de lugar de infusión a medida que avance el embarazo (es decir, en el muslo). De hecho, el tejido subcutáneo del abdomen se vuelve muy tirante y “estrecho” al final del embarazo.

NOTA: La IGSCf se puede administrar a embarazadas y a madres que estén amamantando: la experiencia clínica indica que no se producen efectos perjudiciales en el curso del embarazo, en el feto ni en el neonato. No obstante, es preciso tener precaución y recetar IGSCf solo si está claramente indicado (5).

La dosis durante el embarazo debe aumentar a medida que la madre vaya ganando peso. La dosis debe mantenerse en ≥ 100 mg/kg/semana (6-9). Si existen recomendaciones locales o nacionales sobre las dosis durante el embarazo, sígalas.

Es preciso comprobar las concentraciones mínimas de IgG con mayor frecuencia durante el embarazo y la lactancia para asegurarse de que sigan siendo adecuadas, y debe informarse a la paciente sobre la importancia de estas medidas, ya que el incremento del volumen sanguíneo puede dar lugar a concentraciones mínimas de IgG inadecuadas, lo que podría aumentar el índice

Directrices Europeas de Enfermería para la Administración de Inmunoglobulinas

de infecciones (10). Esta medición debe realizarse con regularidad desde el segundo trimestre.

Si el tratamiento materno con inmunoglobulinas es adecuado, se ha visto que los recién nacidos tienen concentraciones normales de IgG y de sus subclases al nacer (1).

Bibliografía

- 1 Gardulf, A., Andersson, E., Lindqvist, M., Hansen, S. & Gustafson, R. (2001) Rapid subcutaneous IgG replacement therapy at home for pregnant immunodeficient women. *J Clin Immunol*, **21**(2), 150-4.
- 2 Hansen, S., Gardulf, A., Andersson, E., Lindqvist, M. & Gustafson, R. (2004) Women with primary antibody deficiencies requiring IgG replacement therapy: their perception of prenatal care during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **33**(5), 604-9.
- 3 Palmeira, P., Quinello, C., Silveira-Lessa, A.L., Zago, C.A. & Carneiro-Sampaio, M. (2012) IgG placental transfer in healthy and pathological pregnancies. *Clin Dev Immunol*, **2012**, 985646.
- 4 Parham, P. (2005) *The immune system, fourth edition*, Garland Science Publishing, New York.
- 5 HyQvia, Summary of Product Characteristics.
- 6 Sorensen, R.U., Tomford, J.W., Gyves, M.T., Judge, N.E. & Polmar, S.H. (1984) Use of intravenous immune globulin in pregnant women with common variable hypogammaglobulinemia. *Am J Med*, **76**(3A), 73-7.
- 7 Smith, C.I. & Hammarstrom, L. (1985) Intravenous immunoglobulin in pregnancy. *Obstet Gynecol*, **66**(3 Suppl), 39S-40S.
- 8 Madsen, D.L., Catanzarite, V.A. & Varela-Gittings, F. (1986) Common variable hypogammaglobulinemia in pregnancy: treatment with high-dose immunoglobulin infusions. *Am J Hematol*, **21**(3), 327-9.
- 9 Berger, M., Cupps, T.R. & Fauci, A.S. (1982) High-dose immunoglobulin replacement therapy by slow subcutaneous infusion during pregnancy. *JAMA*, **247**(20), 2824-5.
- 10 Schaffer, F.M. & Newton, J.A. (1994) Intravenous gamma globulin administration to common variable immunodeficient women during pregnancy: case report and review of the literature. *J Perinatol*, **14**(2), 114-7.