



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER  
“CAISM/UNICAMP”  
DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

**LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES) NA GRAVIDEZ**

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) se caracteriza por um transtorno do tecido conjuntivo, de etiologia autoimune e acometimento multissistêmico. Afeta cerca de nove mulheres para cada homem, com pico de incidência entre 15 e 40 anos.

Nas gestantes, tem incidência variando entre 1:660 e 1:2.952. A presença do lúpus em atividade (*flare*) durante e até seis meses antes da gravidez, os antecedentes de nefropatia e hipertensão materna, além da positividade para anticorpos anti-fosfolípidos, são reconhecidos como principais fatores associados aos resultados perinatais desfavoráveis.

É frequente haver certa piora na atividade da doença durante a gravidez, porém na maioria dos casos isso ocorre de forma leve. Em algumas circunstâncias, contudo, pode haver evolução para formas graves, com real necessidade de cuidados intensivos e ocorrência de desfechos perinatais adversos.

Na gestação com LES, observa-se com mais frequência maiores taxas de restrição do crescimento fetal (RCF), perda fetal, parto prematuro, transtornos hipertensivos e necessidade de cuidados intensivos.

Em uma coorte retrospectiva de 125 gestantes conduzida no CAISM/ Unicamp, as exacerbações do LES ocorreram em 23,5% durante o curso da gestação. Ruptura prematura de membranas (16,6%), pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (15,6%) e trabalho de parto prematuro (12,7%) foram as complicações mais frequentemente observadas, com uma taxa de prematuridade de 46,8%, baixo peso ao nascimento de 35,1% e necessidade de cuidados intensivos neonatais de 40,4%. A atividade da doença no período pré-concepcional se associou a um risco de perda gestacional seis vezes maior, enquanto que a atividade durante



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER  
“CAISM/UNICAMP”  
DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

a gravidez se associou a um risco cinco vezes maior de prematuridade inferior a 34 semanas.

Portanto, a instituição e seguimento de estratégias de manejo clínico de gestantes com LES, baseadas nas principais evidências científicas, torna-se imperativa na assistência de qualidade a essas mulheres.

### **Diagnóstico do LES**

Critérios para o diagnóstico de LES (**Quadro 1**) foram propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR). Nesta classificação, pelo menos quatro critérios devem estar presentes (em série ou simultaneamente). Nos casos em que menos de quatro critérios são observados, porém há forte suspeita clínica, recebe-se o diagnóstico de “lúpus provável” se presentes três critérios, ou “lúpus possível” se presentes apenas dois. Tais pacientes devem ser seguidos cautelosamente, pois podem vir a manifestar outros critérios da doença na sua evolução.

#### **Quadro 1.** Critérios para a classificação do lúpus eritematoso sistêmico

<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>
1. Eritema malar	Lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo.
2. Lesão discóide	Lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
3. Fotossensibilidade	Exantema cutâneo como reação não-usual à exposição à luz solar, de acordo com a história do paciente ou observado pelo médico.
4. Úlceras orais/nasais	Úlceras orais ou nasofaríngeas, usualmente indolores, observadas pelo médico.
5. Artrite	Não-erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e edema ou derrame articular.
6. Serosite	Pleurite (caracterizada por história convincente de dor pleurítica, atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural) ou pericardite (documentado por eletrocardiograma, atrito ou evidência de derrame pericárdico).



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**  
**“CAISM/UNICAMP”**  
**DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

7. Comprometimento renal	Proteinúria persistente (> 0,5 g/dia ou 3+) ou cilindrúria anormal.
8. Alterações neurológicas	Convulsão (na ausência de outra causa) ou psicose (na ausência de outra causa).
9. Alterações hematológicas	Anemia hemolítica ou leucopenia (menor que 4.000/mm <sup>3</sup> em duas ou mais ocasiões) ou linfopenia (menor que 1.500/mm <sup>3</sup> em duas ou mais ocasiões) ou plaquetopenia (menor que 100.000/mm <sup>3</sup> na ausência de outra causa).
10. Alterações imunológicas	Anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm ou presença de anticorpo antifosfolípide com base em: a) níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina; b) teste positivo para anticoagulante lúpico; ou c) teste falso-positivo para sífilis, por, no mínimo, seis meses.
11. Anticorpos antinucleares	Título anormal de anticorpo antinuclear por imunofluorescência indireta ou método equivalente, em qualquer época, e na ausência de drogas conhecidas por estarem associadas à síndrome do lúpus induzido por drogas.

### **Seguimento obstétrico**

A gestante com LES deve ser acompanhada pelo obstetra e pelo clínico. A consulta de pré-natal idealmente deve ser mensal até a 20<sup>a</sup> semana, quinzenal até a 28<sup>a</sup> e semanal até o parto, sendo preferencialmente em um centro de referência para gestações de alto risco.

Administração de aspirina em baixas doses deve ser introduzida às 12 semanas, pois reduz o risco de pré-eclâmpsia e morte perinatal, devendo ser retirada antes do parto. Nos casos de antecedente de evento tromboembólico, recomenda-se anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular (HBPM).

Recomenda-se ainda suplementação de cálcio, especialmente às gestantes usuárias de corticosteróides e heparina. Já a suplementação de vitamina D não reduz os riscos de desfechos desfavoráveis, não sendo preconizada.

A avaliação laboratorial suplementar durante o pré-natal deve incluir:

- Hemograma completo;



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER  
“CAISM/UNICAMP”  
DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

- Função renal;
- Função hepática;
- Proteinúria em coleta de 24 horas;
- Dosagens do complemento (C3, C4, CH50);
- Avaliação dos anticorpos: anticardiolipina, anti-dsDNA, anticoagulante lúpico e anti-SSA e SSB (Ro e La).

Algumas das principais manifestações associadas a exacerbações do LES, que podem mimetizar sinais e sintomas comuns da gestação são: fadiga, cefaleia, artralgia, edema, alopecia, dispneia, eritema malar e palmar, anemia, trombocitopenia. Para auxiliar nesse diagnóstico diferencial, o achado de quedas superiores a 25% nos níveis de complemento sérico (C3 e C4) podem sugerir lúpus em atividade.

Há escalas especiais elaboradas com o intuito de mensurar a atividade do LES, porém considerando-se na sua ponderação algumas das condições comuns da própria gravidez, tais como SLEPDAI, no entanto, seu uso é mais bem difundido como ferramenta de pesquisa.

A escala SLEPDAI (**Quadro 2**) atribui diferentes pontuações para as manifestações clínicas e laboratoriais da atividade lúpica, porém sem deixar de considerar as mudanças fisiológicas da gestação e as morbidades do ciclo gravídico-puerperal que podem mimetizar o LES em atividade. Sua pontuação varia de zero a 105, classificando a atividade da doença em ausente (até 4 pontos), leve a moderada (5-12 pontos) e grave (até 12 pontos). (29)

**Quadro 2.** Instrumento SLEPDAI para classificação da atividade da doença durante a gestação

Escore	Descrição	Modificado para gestação	Considerações
8	Convulsão	Sim	Excluir eclâmpsia.
8	Psicose	Não	



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**  
**“CAISM/UNICAMP”**  
**DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

8	Síndrome organo-cerebral	Não	
8	Distúrbios visuais	Não	
8	Distúrbios nos pares cranianos	Sim	Excluir paralisia de Bell.
8	Cefaléia lúpica	Sim	Excluir pré-eclâmpsia/eclâmpsia.
8	AVC	Sim	Excluir eclâmpsia.
8	Vasculite	Sim	Considerar eritema palmar.
4	Artrite	Sim	Considerar derrames articulares.
4	Miosite	Não	
4	Cilindros urinários	Não	
4	Hemátúria	Sim	Excluir cistite e hemáceas no conteúdo vaginal
4	Proteinúria	Sim	Excluir eclâmpsia.
4	Piúria	Sim	Excluir infecção.
2	Novo rash	Sim	Considerar cloasma.
2	Alopécia	Sim	Considerar alopecia pós-parto fisiológica.
2	Ulcerações nasais	Não	
2	Pleurisia	Sim	Hiperventilação secundária por elevação da progesterona; dispnéia devido aumento do útero.
2	Pericardite	Não	
2	Hipocomplementemia	Sim	Complemento normalmente aumenta durante a gravidez.
2	Aumento do anti-DNA	Não	
1	Trombocitopenia	Sim	Excluir pré-eclâmpsia, HELLP e trombocitopenia da gravidez.
1	Leucopenia	Sim	Considerar o leucócitose da gravidez.
1	Febre	Não	



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER  
“CAISM/UNICAMP”  
DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

O LES em atividade nos 6 a 12 meses que antecedem a concepção está relacionado ao maior risco de exacerbação do mesmo durante a gestação. Risco expressivamente maior de exacerbação durante a gravidez pode acontecer especificamente nos casos de nefrite lúpica ativa durante o período peri-concepcional.

A frequência de pré-eclâmpsia varia de 7,5% a 22,5% entre as gestantes com LES, e seu diagnóstico diferencial com o de uma exacerbação do LES costuma ser difícil. A pré-eclâmpsia pode aparecer superposta nas situações de acometimento renal secundário ao LES e consequente hipertensão arterial. O diagnóstico diferencial correto entre o *flare* e a pré-eclâmpsia pode ser ainda mais complexo em razão dos esperados aumentos da pressão arterial e da proteinúria que ocorrem próximos ao termo, pois gestantes com lesões glomerulares podem exibir aumento da proteinúria, sem que isso esteja associado à pré-eclâmpsia. O diagnóstico diferencial pode ser melhor avaliado levando-se em conta alguns parâmetros laboratoriais:

- Variações nas dosagens de C3, C4 e CH50 (há redução na atividade lúpica, mas não na pré-eclâmpsia).
- Sedimentação urinária anormal com presença de dismorfismo eritrocitário ou cilindros celulares (achados encontrados na nefrite lúpica).
- Aumento nos títulos de anticorpos anti-DNA (achados encontrados na nefrite lúpica).

Em razão da gravidade do quadro clínico materno e do risco de comprometimento da vitalidade fetal, todas as gestantes com suspeita de doença ativa ou mal controlada devem ser hospitalizadas, com o objetivo de estabilização clínica e vigilância de vitalidade fetal.

### **Acompanhamento do desenvolvimento e vitalidade fetal**

Abortos espontâneos e óbito fetal podem ocorrer em cerca de 20% das gestações com LES, bem como maiores taxas de restrição de crescimento fetal. O **Quadro 3** resume



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**  
**“CAISM/UNICAMP”**  
**DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

os principais métodos propedêuticos disponíveis na avaliação do crescimento e da vitalidade fetal.

**Quadro 3.** Propedêutica para avaliação do crescimento e vitalidade fetal

Vigilância do crescimento fetal	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ultrassonografia obstétrica seriada.</li><li>▪ Medida do CCN no 1o trimestre - datação precisa da gestação.</li><li>▪ Novas avaliações mensalmente: controle do PFE e LA</li><li>▪ Nos casos de pré-eclâmpsia ou RCF: o intervalo reduzido.</li></ul>
Avaliação morfológica	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Entre 16 e 22 semanas.</li></ul>
Vigilância da vitalidade fetal	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cardiotocografia, perfil biofísico fetal (PBF) e Dopplervelocimetria da artéria umbilical fetal.</li><li>▪ Início entre 26 a 28 semanas, com avaliações sequenciais.</li><li>▪ Associações descritas entre: Doppler anormal da artéria uterina e óbito fetal, pré-eclâmpsia, RCF e parto prematuro.</li></ul>
Ecocardiografia fetal	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Entre 18-20 semanas e 26-28 semanas.</li><li>▪ Para mulheres com anticorpos anti-Ro ou La positivos, devido ao risco de bloqueio cardíaco congênito fetal.</li></ul>

**Terapêutica medicamentosa do LES na gestação**

A farmacoterapia implementada para controle do LES durante a gestação deve ser otimizada, devendo as drogas com potencial teratogênico serem precocemente interrompidas e substituídas por fármacos mais seguros durante a gestação.

No geral, mulheres grávidas com lúpus em remissão não devem ter seu tratamento imunossupressor alterado. Os agentes mais utilizados são os glicocorticóides e a hidroxicloroquina, que devem ser mantidos. O **Quadro 4**, a seguir, resume as principais medicações.

**Quadro 4.** Opções medicamentosas no tratamento do LES

Corticosteróides	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A prednisona é considerada segura. Categoria C pela <i>Food and Drug Administration</i> (FDA) americana.</li></ul>
------------------	--



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**  
**“CAISM/UNICAMP”**  
**DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Exacerbações leves podem ser tratadas com prednisona em baixas doses (menos de 20 mg/d).</li><li>▪ Doses superiores (incluindo pulsoterapia) são opções para tratar a atividade lúpica moderada e grave.</li><li>▪ Associação com diabetes gestacional é incomum, e não deve ser um fator limitante para seu uso. Se for necessário uso em altas doses, recomenda-se rastreamento para diabetes gestacional.</li></ul>
Hidroxicloroquina	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Não é teratogênica. Categoria C pela FDA.</li><li>▪ Recomendada para prevenção da atividade da doença e redução do risco de lúpus cardíaco neonatal (para gestantes com anticorpos anti-SSA/Ro positivos).</li><li>▪ Melhora o prognóstico da nefrite lúpica e previne evolução para óbito.</li></ul>
Azatioprina	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Também considerada segura. Categoria D pela FDA.</li><li>▪ Muitos estudos recomendam uma transição da terapia imunossupressora para esta opção.</li><li>▪ Alguns outros estudos apontaram associações com alterações do neurodesenvolvimento em crianças que foram expostas a azatioprina durante a gravidez.</li><li>▪ Pode também estar associada à ocorrência de leucopenia e/ou trombocitopenia neonatal.</li></ul>
Ciclosporina e Tacrolimus	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Categoria C pela FDA.</li><li>▪ Não foram encontradas diferenças significativas relacionadas a defeitos congênitos fetais em alguns estudos de meta-análise, quando mulheres grávidas foram expostas a essas drogas.</li></ul>
Ciclofosfamida	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Não deve ser usada na gestação. Categoria D pela FDA.</li><li>▪ No primeiro trimestre, reconhecida associação com defeitos cromossômicos.</li><li>▪ No 2º/3º trimestres, pode ser reservada somente aos <i>flares</i> severos com risco de vida materno que não cedem à pulsoterapia com corticosteróides.</li><li>▪ Uso 2º/3º trimestres associado a abortos espontâneos e parto prematuro.</li></ul>
Leflunomida	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Associa-se a efeitos teratogênicos e fetotóxicos em animais.</li><li>▪ Formalmente contraindicada. Categoria X pela FDA. Uso só pode ser iniciado após exclusão de gravidez.</li></ul>
Metotrexate	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Medicamento teratogênico (categoria X da FDA).</li></ul>



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**  
**“CAISM/UNICAMP”**  
**DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Uso no 1º trimestre associado a restrição de crescimento e malformações (ausência ou hipoplasia dos ossos frontais, craniossinostose, fontanela grande e hipertelorismo ocular).</li></ul>
Rituximab	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anticorpo monoclonal com passagem transplacentária muito baixa durante o 1º trimestre, com alguns estudos relatando gestações seguras nos casos de exposição. Categoria B pela FDA.</li><li>▪ No 2º/3º trimestres, pode induzir linfopenia neonatal grave.</li><li>▪ Para crianças nascidas de mães que receberam essa medicação, as vacinas de agentes vivos devem ser evitadas durante os primeiros 6 meses de vida.</li></ul>

A manutenção da pressão arterial em níveis adequados à gestação pode ser feita com labetalol, nifedipina ou metildopa, medicamentos considerados seguros para o tratamento da hipertensão. Inibidores da enzima conversora de angiotensina devem ser evitados, pela associação conhecida com anormalidades congênitas.

### **Assistência ao parto**

Devido ao maior risco de parto antecipado (seja espontâneo ou por indicação médica por conta de complicações), nas resoluções entre 24 e 34 semanas deve haver aceleração da maturação pulmonar fetal com duas aplicações intramusculares de corticosteróides (12 mg de betametasona), independentemente de administração prévia de esteróides orais, já que estes não ultrapassam a barreira placentária.

Recomenda-se ainda administração de sulfato de magnésio quando a idade gestacional é inferior a 32 semanas, para neuroproteção fetal.

A via de parto preferencial deve ser vaginal. A cesariana deve ser reservada para indicações obstétricas, já que se associa a maiores riscos de tromboembolismo venoso (TEV), hemorragia e infecção, além de repercussões para futuras gestações.

Antibioticoprofilaxia no trabalho de parto é recomendada se houver uso de corticosteróides em dose imunossupressora (superior a 1 mg/kg), em razão dos maiores riscos de infecção e sepse.



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER  
“CAISM/UNICAMP”  
DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

Durante o trabalho de parto, as medicações de uso materno demandam certo ajuste, preferindo-se a hidrocortisona endovenosa nos casos de uso prolongado de esteróides orais. A HBPM profilática deve ser descontinuada no início do trabalho espontâneo e na noite anterior ao trabalho de parto induzido ou cesariana eletiva. A anestesia regional (epidural ou espinhal) pode ser realizada 12 horas após a última dose de HBPM.

### **Cuidado puerperal**

No puerpério, os cuidados para exacerbações do LES ativo não diferem daqueles reservados às não grávidas. Contudo, especial atenção deve ser dada à amamentação, visto que alguns imunossupressores são contraindicados nesta situação.

Por conta do elevado risco para TEV no puerpério, gestantes que receberam HBPM durante o pré-natal devem continuar seu uso em dose profilática por mais 6 semanas após o parto.

Em pacientes com LES, o aconselhamento pós-parto para oferecer contracepção segura é particularmente importante, como apresentado no **Quadro 5**.

### **Quadro 5. Métodos contraceptivos adequados para mulheres lúpicas**

Contracepção reversível de longa duração (LARC)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Confiáveis e menos dependentes do comprometimento do paciente. Opções: sistema intrauterino liberador de levonorgestrel; dispositivo intrauterino de cobre, implante subdérmico etonogestrel.</li></ul>
Progestágenos isolados	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ acetato de medroxiprogesterona (aplicação intramuscular trimestral); POP podem ser utilizados</li></ul>
Anticoncepcionais orais combinados	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ interferem no aleitamento materno</li><li>▪ Aumentam o risco de TEV.</li><li>▪ Não devem ser utilizados na presença de anticorpos antifosfolípidos positivos ou síndrome antifosfolípide, LES em atividade moderada ou grave (incluindo nefrite lúpica) e episódios anteriores de TEV.</li><li>▪ Em casos de LES em baixa atividade e estável, seu uso pode ser adequado se desejado pela paciente.</li></ul>
Métodos de barreira	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alta taxa de falha (15-32%). Não recomendados como métodos isolados.</li></ul>



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER  
“CAISM/UNICAMP”  
DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

### **Lúpus neonatal**

Os anticorpos anti-Ro e anti-La presentes na circulação materna podem atravessar a placenta em sua forma IgG entre as 16 e 30 semanas de gestação e, no neonato, ocasionar a síndrome de lúpus neonatal, com aparecimento de erupções cutâneas e algumas desordens hematológicas e hepáticas. Usualmente, o quadro se resolve com a depuração dos anticorpos entre 6 e 8 meses de vida.

No entanto, os anticorpos podem provocar danos ao sistema de condução cardíaca fetal levando a defeitos de condução, anormalidades estruturais, cardiomiopatia e insuficiência cardíaca congestiva. (16, 18) O bloqueio cardíaco congênito (BCC) apresenta-se como a morbidade mais grave e com elevada taxa de mortalidade fetal (entre 15 e 30%) e neonatal (20%). Entre primigestas com anticorpo anti-Ro positivo, o BCC afeta cerca de 2% dos seus neonatos, saltando para 16-20% em gestações subsequentes, após o nascimento de uma criança afetada.

### **Aconselhamento pré-concepcional**

O aconselhamento sobre os potenciais riscos e morbidades associadas aos períodos de exacerbação da LES durante a gestação deve destacar as maiores taxas de complicações gestacionais, desfechos perinatais desfavoráveis e síndrome do lúpus neonatal, (16, 17) preferencialmente integrando diferentes especialidades médicas (obstetras, reumatologistas, hematologistas e nefrologistas).

Na visita pré-concepcional, especial atenção deve ser reservada ao estado de controle da doença e aos medicamentos em uso – visando-se a implementação de terapia medicamentosa segura na gestação – bem como ao painel completo de autoanticorpos: aPL (anticorpos anticardiolipina e anticoagulante lúpico), anticorpos anti-Ro e anti-La e dosagem dos níveis séricos de complemento.



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER  
“CAISM/UNICAMP”  
DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

Determinadas condições formalmente contraindicam a gestação, devendo a concepção ser adiada até que a doença seja considerada inativa durante pelo menos seis meses:

- Hipertensão pulmonar grave;
- Doença pulmonar restritiva grave;
- Insuficiência cardíaca;
- Insuficiência renal crônica
- Antecedentes de pré-eclâmpsia grave ou síndrome HELLP;
- Acidente vascular cerebral nos últimos seis meses;
- Exacerbação grave do lúpus nos últimos seis meses.

É fortemente recomendado que o LES esteja em remissão ao menos nos seis meses que antecedem concepção, pois sua atividade neste período é um preditor de resultados adversos. Algumas condições se caracterizam por associar-se a maiores riscos de desfechos maternos e neonatais desfavoráveis:

- Antecedente de complicações em gestações anteriores;
- Presença de danos orgânicos severos e/ou irreversíveis;
- Lúpus em atividade (recente ou atual)
- Positividade para anticorpos ou síndrome antifosfolípide;
- Positividade para anticorpos anti-Ro / anti-La;
- Terapia imunossupressora em curso;
- Presença de outras condições crônicas (hipertensão, diabetes etc.) e hábitos deletérios (tabagismo).

**Recomendações finais**



**CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER  
“CAISM/UNICAMP”  
DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA**

- A concepção deve ser adiada até que a doença inativa por pelo menos 6 meses.
- Integração de especialistas e manejo em centro de referência de alto risco.
- Avaliação laboratorial suplementar: função renal e hepática, proteinúria total em 24 horas, complemento e anticorpos (anticardiolipina, anti-DNA, anticoagulante lúpico e anti-Ro e La), com avaliações mensais da atividade da doença.
- Ultrassonografia obstétrica seriada (vigilância do desenvolvimento e crescimento fetal).
- Ecocardiografia fetal (às 18-20 semanas e 26-28 semanas), para mulheres com anticorpos anti-Ro/La.
- Vitalidade fetal: cardiotocografia, perfil biofísico, Dopplerfluxometria da artéria umbilical.
- Tratamento imunossupressor em gestantes com LES controlado não deve ser alterado se uso de drogas compatíveis com a gravidez.
- Via de parto obstétrica.
- Contracepção segura: métodos reversíveis de longa duração ou acetato de medroxiprogesterona de depósito.