

GESTANTE CON ARTROPLASTIA DE REEMPLAZO DE CADERA: SEGURIDAD EN EMBARAZO Y PARTO

Autor principal:

IRENE
AGEA
CANO

Segundo co-autor:

JUSTA
MORENO
LÓPEZ

Tercer co-autor:

FÁTIMA
GARRIDO
CEACERO

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Palabra clave 1:

Embarazo

Palabra clave 2:

Parto normal

Palabra clave 3:

Artroplastia de reemplazo de cadera

Palabra clave 4:

Recien Nacido

Resumen:

La artroplastia de reemplazo de cadera es una intervención indicada en la displasia del desarrollo de la cadera. En mujeres en edad reproductiva, puede condicionar la evolución de futuros embarazos y partos. Los profesionales sanitarios pueden plantearse cuestiones como complicaciones osteoarticulares o desplazamiento de la prótesis, así como la vía de parto óptima en estos casos o posibles efectos en el recién nacido. El objetivo de este trabajo fue reunir la evidencia disponible sobre la seguridad para recién nacidos y gestantes, durante el embarazo y parto en aquellas mujeres con artroplastia de reemplazo de cadera. La metodología seguida fue la revisión bibliográfica en bases de datos Medline Proquest, CINHALL, WOS, con los descriptores: Pregnancy; Vaginal delivery; Hip arthroplasty; Arthroplasty replacement hip, realizada durante el mes de abril de 2016. Se aplicó la guía STROBE, siendo seleccionados 12 estudios. Los resultados muestran seguridad durante el embarazo y el parto tanto para la supervivencia de la prótesis como para la gestante. Existe gran variabilidad en cuanto al tipo de parto, para lo que se necesitarían más y mejores estudios. No obstante, la seguridad del recién nacido no ha sido suficientemente estudiada, sobre todo por los posibles efectos a largo plazo del paso de iones metálicos procedentes de la prótesis materna. Se concluye en la necesidad de

llevar a cabo investigaciones metodológicamente correctas para aumentar el conocimiento sobre la seguridad en gestantes y neonatos.

Antecedentes/Objetivos:

La displasia del desarrollo de la cadera puede manifestarse desde, un acetábulo superficial a malformaciones osteoarticulares importantes, provocando una luxación de la cabeza femoral. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino (4:1) y se localiza en la cadera izquierda en un 60% de los casos, 20% en la derecha y 20% bilateral. Son factores de riesgo tener un hijo previo afectado, uno de los progenitores afectado, presentación de nalgas, embarazo múltiple, oligoamnios, patología durante el embarazo o coexistencia de otras malformaciones. El tratamiento de las formas más leves a más complicadas va desde órtesis de abducción, arnés de Pavlik, tracción, reducción cerrada o reducción abierta, osteotomía femoral y/o pelviana y artroplastia de cadera (reemplazo total de cadera con prótesis de titanio). Las mujeres intervenidas de artroplastia de reemplazo de cadera en edades jóvenes, pueden quedarse embarazadas y podrían presentar riesgos asociados a esta condición. En el embarazo se producen cambios osteoarticulares que afectan principalmente a la columna vertebral y pelvis. En la práctica diaria, pueden surgir dudas sobre la evolución del embarazo, complicaciones osteoarticulares, desplazamiento de la prótesis, así como la vía de parto óptima en estos casos o posibles efectos en el recién nacido. El objetivo de este trabajo fue reunir la evidencia disponible sobre la seguridad para recién nacidos y gestantes, durante el embarazo y parto en aquellas mujeres con artroplastia de reemplazo de cadera.

Descripción del problema - Material y método:

La metodología seguida fue la revisión bibliográfica en bases de datos Medline Proquest, CINHALL, WOS, con los descriptores: Pregnancy; Vaginal delivery; Hip arthroplasty; Arthroplasty replacement hip, realizada durante el mes de abril de 2016. Utilizando diferentes estrategias de búsqueda, en las que se descartaron los estudios duplicados y no relacionados con el tema, se identificaron principalmente estudios descriptivos y estudios de casos. Se aplicó la guía STROBE, indicada para comprobar la calidad metodológica en estudios observacionales. Al tratarse de un evento poco frecuente, los estudios seleccionados tenían muestras muy pequeñas o casos aislados, por lo que no aportaron consistencia para extrapolar los resultados.

Resultados y discusión:

Se incluyeron 12 estudios que aportaron los siguientes resultados:

Seguridad en el embarazo:

Desde un punto de vista biomecánico, el reemplazo de cadera no debe considerarse como una contraindicación para el embarazo ni el parto. Las complicaciones relacionadas con el embarazo para estas mujeres no difieren de las de la población general de gestantes.

La seguridad en el embarazo podría verse afectada por la presencia de niveles sanguíneos maternos de cromo, cobalto, titanio y níquel, procedentes de las prótesis de reemplazo de cadera. Estos metales son catalogados como carcinógenos, mutagénicos y teratogénicos. En la gestante pueden producir toxicidad sistémica, sobre todo en los primeros meses tras la artroplastia de cadera. La medición de iones metálicos en sangre materna y cordón umbilical al nacer, muestra el paso transplacentario de estos iones en un porcentaje variable. No obstante, no se ha registrado ningún efecto teratogénico sobre los recién nacidos estudiados. No se ha

encontrado evidencia sobre las consecuencias a largo plazo de esta exposición.

Riesgo de desplazamiento de la prótesis:

El parto no supone un factor de riesgo para la supervivencia de la prótesis, incluso bilateral. Tras el parto, se ha comprobado radiológicamente el estado de la prótesis, no registrándose complicaciones como la dislocación, aflojamiento o fractura. La clínica y los resultados funcionales no se han visto alterados durante el embarazo ni parto vaginal. El factor de riesgo más importante parece ser la edad materna en el momento de la cirugía. Monitorizar el dolor en la mujer en trabajo de parto puede ser útil, así pues un dolor persistente en la ingle después del parto parece ser un predictor importante para una revisión ortopédica.

Tipo de parto:

Se han encontrado diferencias, en cuanto al tipo de parto, entre mujeres con displasia del desarrollo de la cadera no intervenida y las portadoras de prótesis. Por lo general, las mujeres no intervenidas muestran mayores índices de parto vaginal, (en torno al 60%) frente a las mujeres con artroplastia en las que la cesárea es la vía de parto más habitual. No obstante la variabilidad de datos, sobre todo en las cesáreas, puede deberse a carencias metodológicas de los estudios, en los que no informan si la artroplastia fue por sí sola indicación para la cesárea o hubo otras circunstancias fetales o maternas. La mayoría tampoco indican si la cesárea fue programada o urgente.

El manejo del parto e indicaciones de cesárea por parte de los diferentes servicios sanitarios, así como las diferentes morfologías de la pelvis de las mujeres de diferentes países y otros factores de riesgo asociados al embarazo, no han sido tenidos en cuenta.

Conclusiones

La supervivencia de la prótesis de reemplazo de cadera no se ve afectada negativamente por el embarazo y parto.

Las gestantes con prótesis de reemplazo de cadera no presentan resultados adversos durante el embarazo, parto o periodo de lactancia.

A pesar de la variabilidad de datos, los estudios afirman que el parto vaginal normal se puede lograr con seguridad después de una artroplastia de cadera.

No existe evidencia sobre las consecuencias a largo plazo en el recién nacido, de la exposición a iones metálicos procedentes de la prótesis materna durante la vida fetal.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

En la práctica clínica pueden surgir cuestiones acerca de la necesidad de consulta preconcepcional, en la que se realice una valoración ortopédica a la mujer portadora de artroplastia. De igual forma, la monitorización de niveles maternos de iones metálicos, puede ayudar a decidir, si llevar la gestación a término o programar su finalización.

El parto vaginal ofrece mayor seguridad que la cesárea en las gestantes en general. Serían necesarias mayores evidencias en mujeres con artroplastia de cadera, que les permitiese optar por un parto vaginal y evitar así los riesgos de una cesárea indicada únicamente por su condición.

El embarazo y parto después de la Artroplastia de reemplazo de cadera es un tema poco conocido. Esta circunstancia puede generar ansiedad en la gestante, que podría ser reducida con una información adecuada sobre la seguridad en su proceso de embarazo y parto.

Todo ello requiere investigaciones de calidad, que aporten evidencias sobre prácticas seguras y aumenten la seguridad en la gestante y recién nacido.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

De esta revisión pueden surgir diversas líneas de investigación, dirigidas principalmente a aumentar el conocimiento de los riesgos de la artroplastia de reemplazo de cadera en relación al embarazo y parto. Algunas propuestas podrían ser:

El estudio de las características de las prótesis, en cuanto a su composición, degradación, liberación de iones, etc. en relación con su seguridad en el embarazo, puede ayudar a definir las indicaciones de un tipo de prótesis u otro en edades reproductivas.

Estudios biomecánicos potentes que aporten métodos de verificación de la supervivencia de las prótesis en gestantes.

Estudios sobre el efecto a largo plazo de la exposición fetal a iones metálicos procedentes de la artroplastia de cadera de la gestante.

En conclusión, mejorar la seguridad de gestante y neonato podría ser el sentido de futuras investigaciones en relación a la artroplastia de reemplazo de cadera.

Bibliografía:

1. Bozhinova S, Anastasova P, Porozhanova V, Liubomirova A. [Pregnancy and labor in congenital and acquired pelvic injuries]. *Akusherstvo i ginekologii?a?* 1996;35(3):4-6.
 2. deSouza R, Wallace D, Costa ML, Krikler SJ. Transplacental passage of metal ions in women with hip resurfacing: no teratogenic effects observed. *Hip International* 2012;22(1).
 3. Maffulli N, Del Buono A, Denaro V. Hip arthroplasty: A transient reason not to be pregnant. *The Surgeon* 2012 12;10(6):347-349.
 4. Monaghan J, Lenehan P, Stronge J, Gallagher J. Pregnancy and vaginal delivery following bilateral total hip replacement. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1987 November 1987;26(3):261-264.
 5. Oppermann M, Borisch C, Schaefer C. Hip arthroplasty with high chromium and cobalt blood levels – Case report of a patient followed during pregnancy and lactation period. *Reproductive Toxicology* 2015 6;53:51-53.
-