

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

“DISPLASIA CONGENITA DE CADERA DEL RECIEN NACIDO EN EL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, ENERO 2008 A DICIEMBRE
2009”

Dr. WILLIAM ALEXANDER CARTAGENA GUARDADO
Dr. FRANCISCO JOSE LANUZA URBINA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de estudios de postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas especialidad en el grado de
Maestría en Ortopedia y Traumatología
para obtener el grado de
Maestro en ortopedia y Traumatología

Enero 2012

INDICE

Capítulo	Pag.
I. Resumen.....	1
II. Introducción.....	2
III. Antecedentes.....	3
IV. Objetivos.....	4
V. Material y Método.....	5-6
VI. Resultados.....	7-12
VII. Discusión.....	13-17
VIII. Referencia Bibliográfica.....	18-19
IX. Anexos.....	20-21

INDICE DE TABLAS.

Tabla	pag
I. Relación de Edad y sexo de presentación.....	8
II. Método diagnóstico usado.....	9
III. Edad materna más asociada a cadera displasica.....	10
IV. Factores de riesgo más asociados a los casos positivos.....	11
V. Presentación más asociado a cadera displasica y distribución por sexo.....	12

RESUMEN

La luxación congénita de cadera es una malformación de la articulación de la cadera que se presenta en los recién nacidos. La frecuencia de aparición es de 1 por cada 1,000 nacimientos con una cierta tendencia familiar. A nivel nacional no existen estudios relacionados con este tema.

Este estudio se realizó con la finalidad de crear medidas de prevención en los pacientes diagnosticados con displasia congénita, abordar a los pacientes por un médico traumatólogo ya que en esta entidad el recién nacido solo es evaluado por el médico pediatra, cuando esta debería ser realizada por un equipo multidisciplinario.

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo, en el área de post-parto y transición del Hospital General San Juan de Dios; todos los niños nacidos por parto vaginal. La muestra total fue de 546 recién nacidos; la información se recolectó por medio de una boleta con entrevista a la madre. Se procesó la información en tablas y cuadros estadísticos. Se identificaron 28 recién nacidos con displasia congénita de la cadera lo cual corresponde al 5.12% de la población estudiada, estos casos fueron corroborados por ultrasonido de forma que estos hallazgos sirvan para realizar un protocolo de diagnóstico para los recién nacidos; disminuyendo así la incidencia de esta patología.

I. INTRODUCCION

La displasia congénita de la cadera es una entidad conocida desde la antigüedad y causante de grandes trastornos e incapacidades coxofemorales en los pacientes que la padecen, sino se diagnostica y trata tempranamente. Su etiología aunque desconocida, se asocia a múltiples factores tanto maternos, como externos, siendo estos últimos los más susceptibles de modificar. Las primeras referencias de esta enfermedad se remontan a Grecia en el siglo II A.N.E. Hipócrates, la diferenciaba de la luxación traumática y la consideraba una afección grave. Posteriormente en pocas publicaciones se hace mención a la misma hasta el Siglo XIX cuando en Francia y Alemania practican tratamientos correctores mecánicos por periodos prolongados de tiempo, y ya a inicios del Siglo XX autores como Pahl en los Estados Unidos hacen referencia a una serie de pacientes operados por Lorenz en 1902 y a la alta incidencia de complicaciones durante la cirugía.

El nombre de Displasia fue inicialmente sugerido por Le Damani en 1912, usado por Hilgenreiner en 1926 y difundido por Putti en 1929 y ha sido clásicamente utilizado para designar la luxación congénita de la cadera.

La terminología displasia proviene del griego "dys" que significa alteración o dificultad y de "plasseis" que quiere decir formación, modelación. La articulación de la cadera tiene gran importancia durante la marcha y también en la estación de pie para mantener una postura estable³.

Existen diferentes factores étnicos, fisiológicos, mecánicos y teratogénicos implicados en la producción de la displasia congénita de la cadera. Entre ellos han sido citados por diferentes autores: el sexo femenino, hijos de primiparas, el oligoamnios, la presentación pelviana, el metatarso abductus, el torticolis congénito y el uso de fórceps.

Por la importancia que reviste el diagnóstico precoz de la displasia congénita de la cadera nuestro propósito fue determinar el comportamiento de esta entidad en los recién nacidos en el Hospital General San Juan de Dios, en el período comprendido desde el 1ro de enero al 31 de diciembre de 2008, los factores prenatales, del parto, los signos clínicos identificados en la misma y los estudios realizados para el diagnóstico. Se identificaron 28 recién nacidos con displasia congénita de la cadera lo cual corresponde al 5.12% de la población estudiada.

II. ANTECEDENTES

La primera descripción se atribuye a Hipócrates, quien, al parecer, hacía el diagnóstico diferencial de las luxaciones al nacimiento de las traumáticas. Más tarde, Ambroise Paré, describió la laxitud del ligamento de la articulación de la cadera y la profundidad del cótilo. En el siglo XIX J.B. Paletta y el barón Guillaume de Dupuytren describieron esta alteración en estudios de necropsia. En la primera mitad del siglo XX se hicieron los primeros intentos de reducción de este defecto mediante procedimientos ortopédicos y quirúrgicos, pero fue a partir de 1940 cuando los avances en el conocimiento permitieron el diagnóstico precoz e hicieron factible contar con procedimientos más efectivos para su tratamiento.

Durante el periodo de 1930 a 1937 la detección temprana fue respaldada por un signo patognomónico de luxación de cadera el "clic" o prueba de Ortolani, descrito por un pediatra del mismo nombre.

En 1995 Fernández y colaboradores en Guadalajara (hospital civil de ginecoobstetricia) revisaron un total de 8,316 recién nacidos durante un año reportando una incidencia de 66 por cada 1000 recién nacidos.

En Costa Rica se realizó un estudio retrospectivo que analiza expedientes médicos de pacientes internados con el diagnóstico de DEC, de 1996 a 2000. Se encontró que el 82% de los pacientes fueron del sexo femenino y el 18% del masculino. El tipo de luxación más frecuente fue la izquierda, en un 55.2% de los casos; la luxación derecha correspondió a un 24.8%, y la bilateral a un 20.0%. La relación entre izquierda y derecha fue de 2.2:1.

En Guatemala existe un número indeterminado de partos fortuitos en todo nuestro territorio nacional así como falta de detección de signos primarios de inestabilidad o displasia de la cadera en desarrollo por parte del personal médico que atiende un parto a nivel institucional o privado, ya sea por falta de exploración o desconocimiento de los signos clínico-radiológicos de alerta.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERALES

Caracterizar el neonato con displasia congénita de cadera en base a su presentación clínica de tal manera que esto nos permita crear medidas de prevención para así poder disminuir la incidencia de esta enfermedad.

3.2 ESPECIFICOS

- ‡ Elaborar un protocolo de evaluación clínica-ortopédica a todos los recién nacidos en el Hospital General San Juan de Dios para la detección temprana de displasia congénita de cadera.
- ‡ Identificar los factores de riesgo que predisponen a la deficiencia en el desarrollo de la cadera ocasionando displasia congénita de la cadera en nuestro medio.
- ‡ Unificar criterios de evaluación tanto por el departamento de Ortopedia y Pediatría para la detección temprana de la displasia congénita de la cadera.
- ‡ Dar a conocer la utilidad en el diagnóstico de displasia congénita de la cadera de la ecografía en aquellos casos donde el diagnóstico clínico no sea claro o presenten factores de riesgo.

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Diseño del estudio

Se realizó estudio prospectivo descriptivo a los recién nacidos del área de postparto y transición del Hospital General San Juan de Dios durante los meses de enero a diciembre del 2008.

4.2 Población y muestra

Se obtuvo un D maestra de 546 recién nacidos atendidos por parto vaginal en el Hospital General San Juan de Dios.

4.3 Variables estudiadas

VARIABLES ESTUDIADAS	CONCEPTOS
Sexo	Se refiere al género masculino o femenino del paciente diagnosticado con displasia congénita de cadera.
Edad materna	Se refiere a la edad de la madre en el momento del nacimiento del paciente diagnosticado con displasia congénita de cadera
Presentación del parto	Describen la manera en que el feto se ubica para atravesar la vía del parto durante el nacimiento y su asociación con la displasia congénita de cadera
Método diagnóstico	Son las herramientas que determinaron el diagnóstico de displasia congénita de cadera, siendo estas el método clínico Signo de Barlow que durante la aducción puede sentirse la luxación y Maniobra de reducción de Ortolani oyendo un "click" cuando es positiva, en los métodos de gabinete se usó Ecografía en los casos que

	por clínica no se diagnosticaron definitivamente
Factores de riesgo asociados	Son las circunstancias o situaciones que aumentaron las probabilidades de un paciente diagnosticado con displasia congénita de padecer esta patología

4.4 Procedimientos

Se utilizó una boleta de recolección de datos y una entrevista directa a la madre. Los cuadros se procesaron por medio de tablas y cuadros estadísticos de 2 x 2. Cumpliendo con los objetivos del estudio, tomando en cuenta el consentimiento informado escrito autorizado por la madre del recién nacido.

V. RESULTADOS

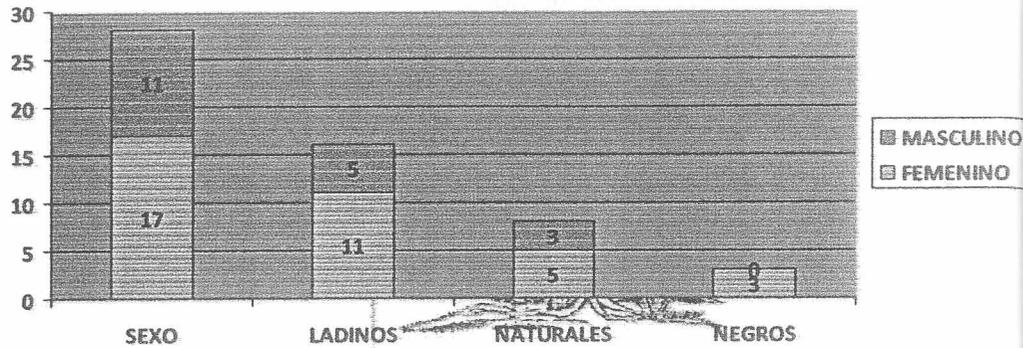
Los resultados que se obtuvieron del presente estudio contemplan varios aspectos como el número de casos, el sexo, raza, factores de riesgo más frecuentes en nuestro medio, edad materna, antecedentes médicos, pero principalmente se hace referencia al uso de ecografía y especial énfasis en los casos específicos donde este método diagnóstico se debe de usar. También se realiza una evaluación clínica y ecográfica en los pacientes donde existe duda diagnóstica al examen clínico del paciente al final del tratamiento.

NUMERO DE CASOS ESTUDIADOS: 546

POSITIVOS: 28

HOMBRES: 11 MUJERES: 17 (67.36%)

TABLA 1
COMPARACION DE SEXO Y RAZA



- Sexo:
- Femenino: 17
- Masculino: 11
- Raza:
- Ladinos:
- Femenino 11
- Masculino 5
- Naturales:
- Femenino 5
- Masculino 3
- Negros
- Femeninas 3
- Masculinos 0

EN LA TABLA 1:

Vemos como el predominio en nuestro medio de la DCC es en mujeres y en pacientes de origen ladino con un 39%, seguido de la raza natural o indígena con un 18%, y en tercer lugar las pacientes femeninas de raza negra en 11%, en los pacientes masculinos se mantiene la tendencia con las razas pero no se observó ningún paciente de raza negra fuese positivo.

TABLA 2:
METODO DIAGNOSTICO UTILIZADO

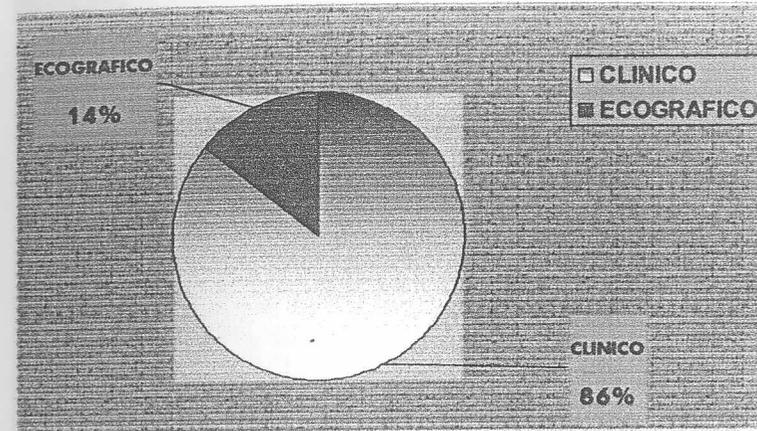


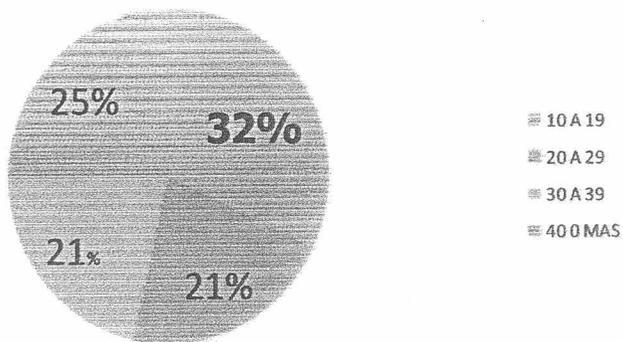
TABLA 2: EL METODO PROPUESTO EN ESTE ESTUDIO FUE:

La realización de las maniobras de *Ortolani y Barlow* de las cuales se comprueba una efectividad de 86% de los casos para el diagnóstico y un 14% de los casos necesitaron realizar ecografía para el diagnóstico de casos que por clínica se tenía duda, pero que a la ves presentaban 1 o más factores de riesgo.

TABLA 3:

EDAD MATERNA ASOCIADA A LA PRESENTACION DE DISPLASIA CONGENITA DE CADERA EN LOS RECIEN NACIDOS.

EDAD MATERNA



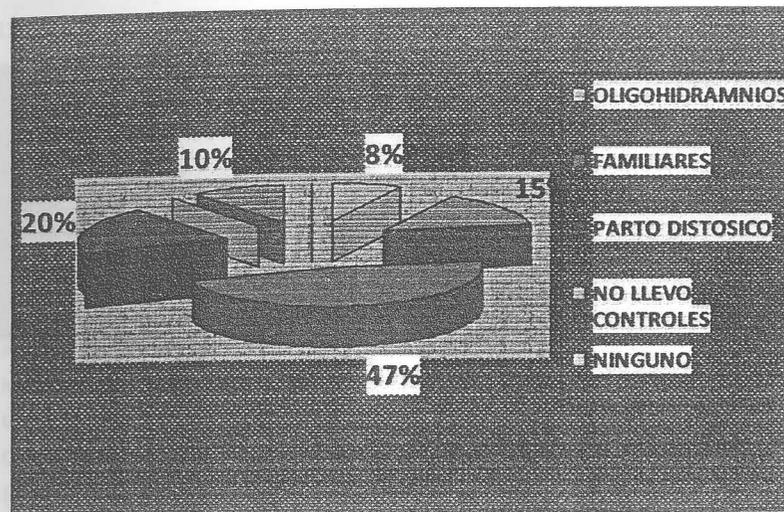
De 10 a 19 años de edad: 9
 De 20 a 29 años de edad: 6
 De 30 a 39 años de edad: 6
 De 40 o más años : 7

Grafica 3:

Se observa que los extremos de la vida reproductivos son los más involucrados en la aparición de Displasia Congénita de cadera, teniendo un 32% de incidencia aquellas pacientes con menos de 20ª y 25% aquellas arriba de 40 años, con 21% las de 20ª a 29ª.

TABLA 4:

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO



ANTECEDENTES

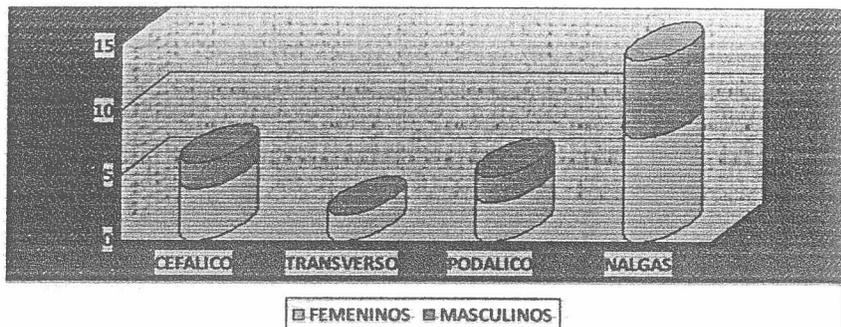
OLIGOHIRDRAMNIOS	3
FAMILIARES	6
PARTO DISTOSICO	19
NO LLEVO CONTROLES	8
NINGUNO	4

Grafica 5:

Se observa que los antecedentes más frecuentemente observados son los partos distócicos con un 47% observando entre estos las presentaciones de nalgas, falta de descenso, el segundo lugar y con el 15% son los antecedentes familiares tanto descendencia directa como indirecta, en tercer lugar con 15% están los pacientes cuyas madres no llevaron controles prenatales.

Tabla 6:

PRESENTACION DEL PARTO Y SU DISTRIBUCION POR SEXO



	PRESENTACION DEL PARTO		
		MUJERES	HOMBRES
CEFALICO	6	4	2
TRANSVERSO	2	2	0
PODALICO	5	3	2
NALGAS	14	8	6

Tabla 6°

Observamos el predominio de las presentaciones de nalgas en aquellas pacientes femeninas diagnosticadas con DCC con un 28%, seguido de los partos de nalgas en los masculinos con un 21%, observando así claro predominio en esta presentación, seguido de los partos cefálicos en femeninas con 14%, con 11% los partos podálicos en femeninas y observando en los partos transversos 7% comprobando que en esta presentación es donde menos casos positivos se observaron.

VI. DISCUSION

La incidencia de displasia congénita de la cadera encontrada en este estudio de dos años es inferior a la encontrada en la casuística de Riaño y colaboradores en un estudio del año 2000 en el Hospital William Soler de Ciudad de la Habana, e inferior a las de de Asher y Villar en Estados Unidos y España respectivamente^{4,5,8}. En los Estados Unidos se detecta la afección aproximadamente en 1 por cada mil nacidos, al igual que en Chile, en Alemania según los estudios iguala las de este estudio.⁷⁻¹⁰

La mayoría de los autores coinciden en que las cifras promedios de recién nacidos con esta patología oscilan entre 1 a 5 por cada mil nacidos vivos. Sin embargo, los autores consideran que la disparidad de los resultados pueden guardar relación con los criterios diagnósticos utilizados, así por ejemplo Bialik y colaboradores en sus trabajos han llegado a determinar cifras muy elevadas de incidencia de Displasia Congénita de Cadera de hasta 55.1 x 1000, nacidos, pero para ello se basaron fundamentalmente en criterios ecográficos y clínicos también al igual que este estudio.¹²

Diferentes factores se han identificado frecuentemente asociados con la displasia congénita de la cadera. Se le ha dado mucha importancia a aquellos que crean conflicto de espacio intrauterino como el oligoamnios^{11, 13, 14}. En esta investigación se observó al oligoamnios, la falta de controles prenatales, los partos distócicos y los antecedentes familiares como los mayores factores de riesgo,¹⁵

El oligoamnios puede jugar un papel importante en la producción de la displasia congénita de la cadera, pues al existir una menor cantidad de líquido amniótico, esto puede ser causante de la restricción de los movimientos fetales e impedir la versión cefálica del mismo^{5, 8-10}. Esto explicaría también porque en nuestro estudio la el oligohidramnios estuvo presente en alguno de los casos positivos.

El antecedente de familiares de primer grado con el antecedente de displasia congénita de la cadera ha sido identificado hasta en el 20 % de los niños con esta afección¹⁵. Este elemento coincide en gran parte con lo hallado en esta investigación que es de 17%.

De forma significativa, el mayor número de niños afectados resultaron ser primogénitos. Se ha planteado por otros autores, y con lo cual coincide este estudio; que al tener el útero de las primíparas mayor tono muscular, hay una mayor frecuencia de compresiones y mal posiciones y una menor cantidad de líquido amniótico, ejerciendo en este caso sobre el feto una acción más directa, que puede ser condicionante de la enfermedad; como de hecho se refleja en nuestra casuística y que explica a su vez que coincida con las madres jóvenes.^{12,18} también como punto discrepante de este estudio podemos mencionar que un 44% de las multiparas presentan hijos con displasia congénita de cadera.

Teniendo en cuenta los tipos de presentación de los recién nacidos, se observa en nuestro estudio un número significativo de pacientes con presentación pelviana. La presentación pelviana o de nalgas predispone a la aparición de la displasia congénita de cadera, debido a que en la misma las caderas adoptan una posición de extrema flexión, la cabeza femoral tiene partes sin cubrir, se distiende la cápsula, y al estar limitado el feto en los cambios de posición las fuerzas deformantes actúan constantemente sobre el rodete acetabular. La mayoría de las citas coinciden en reportar un mayor número de neonatos luxados nacidos con esta forma de presentación.³⁻⁷

El examen físico ofrece hallazgos que son determinantes para identificar niños con displasia congénita de las caderas. Al igual que la generalidad de los estudios, aunque otros elementos clínicos pueden estar presentes, la asimetría de los pliegues inguinales y de la región glútea y la presencia de una Maniobra de Ortolani-Barlow positiva fueron los más significativos encontrados por los autores.^{4,6-12} Este elemento sirve para ratificar por los autores de establecer como pauta un examen minucioso del recién nacido y del lactante para el diagnóstico temprano de esta entidad.

En 4 de los pacientes estudiados el diagnóstico clínico fue confirmado por ecografía. Algunos investigadores han hecho mucho énfasis en la utilización del ultrasonido de cadera como elemento diagnóstico y de pesquisa en aquellos pacientes donde se identifican factores predisponentes, lamentablemente solo fue posible para nosotros utilizarlo en la mayoría de los casos de este estudio por la dificultad técnica para realizarlo.⁹

El ultrasonido de cadera además de ser más inocuo logra seguridad y precocidad en el diagnóstico debido a que durante la primera etapa de la vida de recién nacido las estructuras articulares de la cadera están formadas fundamentalmente de cartílagos, mas sin embargo Riaño que al igual que el nuestro se apoyo de la ecografía, recomienda que esta se lleve a cabo al inicio y después de la 6ta semana de vida, puesto que no son de fácil visualización desde el punto de vista ecográfico y los rayos x simples deben de diferirse para después de la 8 semana, por lo que el diagnóstico definitivo mediante radiografías debe realizarse preferentemente después de 8 a 10 semanas del nacimiento.^{1,6,9}

Los estudios ultrasonograficos tienen como inconveniente que la persona que realiza este examen suele ser diferente de la que hace el tratamiento y el seguimiento, por lo que su utilidad se ve limitada sino existe una relación estrecha entre ambos profesionales.

Fue predominante la enfermedad congénita de cadera en el sexo femenino, hallazgo coincidente con la literatura revisada. Esta reconocida esta asociación en la totalidad de la literatura y se brinda como explicación la presencia de un alto tenor de esteroides femeninos en la hembra, que se suman a los propios de la madre y estos permiten una mayor laxitud de los tejidos y ligamentos articulares de las caderas, haciéndolos más fácilmente luxables.¹⁻¹⁰

Se concluye que hubo una tasa de displasia congénita de la cadera de 51 por cada 1000 nacidos vivos, que los antecedentes maternos más importantes fueron la primiparidad, la multiparidad y la edad joven de las madres. Dentro de los factores perinatales el oligoamnios y la presentación pelviana fueron los más significativos. En la generalidad de los pacientes la displasia congénita de la cadera fue en sexo femenino. La asimetría de los pliegues inguinales y la maniobra de Ortolani y Barlow positiva fueron los elementos fundamentales y de elección en el diagnóstico clínico y este fue confirmado en pocos de los casos por el estudio ecográfico. Se insiste en este estudio que es fundamental el diagnóstico temprano de la displasia congénita de la cadera, para lograr un tratamiento oportuno y evitar complicaciones como la coxartrosis de las caderas y limitaciones en etapas posteriores de la vida.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La incidencia de Displasia de cadera es mayor que el promedio descrito por la literatura, por tanto las medidas para evitar las complicaciones de esta deben de ser agresivas.
- 6.1.2 Se concluye que la ecografía es un método necesario para la detección de la enfermedad, mas sin embargo creemos que los casos deben ser individualizados, para que esta se use solo en aquellos pacientes que presentan factores de riesgo de padecer esta enfermedad.
- 6.1.3 Que el examen físico ortopédico sigue siendo el mejor método de elección para la detección temprana de cadera y este a su vez debería realizarse en todos los pacientes nacidos vivos.
- 6.1.4 Se concluye que hubo una tasa de displasia congénita de la cadera de 51 por cada 1000 nacidos vivos, que los antecedentes maternos más importantes fueron la primiparidad, la multiparidad y la edad joven de las madres
- 6.1.5 Se insiste en este estudio que es fundamental el diagnóstico temprano de la displasia congénita de la cadera, para lograr un tratamiento oportuno y evitar complicaciones como la coxartrosis de las caderas y limitaciones en etapas posteriores de la vida.
- 6.1.6 Que no se cuenta con un especialista dedicado a las caderas pediátricas y la accesibilidad a los radiólogos que ya están requieren de una gran burocracia para que los estudios se lleven a cabo.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Implementar un programa de examen clínico en los recién nacidos vivos en el Hospital General San Juan de Dios, que se lleve a cabo por los residentes de ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA D de segundo y/o tercer año de forma periódica, informando a sus superiores y así evaluar en conjunto cada caso en particular.
- 6.2.2 Manejo por equipo multidisciplinario será lo más conveniente
- 6.2.3 Se capacite personal médico de radiología en imágenes de cadera pediátrica, para que sean estos en los que se deriven los pacientes que ameriten métodos como la ecografía.
- 6.2.4 Que se estandarice la ecografía en aquellos pacientes que presentan factores de riesgo o duda en el diagnóstico clínico, mas no así en aquel paciente que no presenta ninguno de estos.

- 6.2.5 Se implementen políticas para el control prenatal de las pacientes embarazadas y así hacer identificación de factores de riesgo prenatales, actuando de forma precoz en la prevención de esta patología.
- 6.2.6 Se insiste en este estudio que es fundamental el diagnóstico temprano de la displasia congénita de la cadera, para lograr un tratamiento oportuno y evitar complicaciones como la coxartrosis de las caderas y limitaciones en etapas posteriores de la vida.
- 6.2.7 Dar seguimiento y tratamiento a los pacientes diagnosticados por el servicio de pediatría, con controles ecográficos cada 12 semanas durante el primer año y cada 6 meses luego del primer año, a partir de los 24 meses, controles radiográficos cada 6 meses hasta concluir seguimiento.
- 6.2.8 Considerar tratamientos quirúrgicos en aquellos pacientes que lo ameriten y en el tiempo que este indicado.

VII. REFERENCIAS

1. Álvarez Cambras R. Tratado de cirugía ortopédica y traumatología. La Habana: Pueblo y Educación; 2005.
2. Pérez Hernández LM, Mesa Olán A, Calzado Calderón R, Pérez Charbonier C. Displasia del desarrollo de la cadera en la atención primaria. Rev Cubana Ortop Traumatol (seriada en línea). 2003; 17(1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol17_1-2_03/ort131-203.htm → Acceso: 23 octubre 2006.
3. Pahl PCH. Congenital dislocation of de hip. California State Journal of Medicine. 1905; 3(2): 46-9.
4. Riaño Echenique J, García Estrada EM, González Gil JM. Enfermedad del desarrollo de la cadera. Rev Cubana Ortop Traumatol (seriada en línea). 2000; 14(1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864215X2000000100002&script=sci_artte xt Acceso: 23 octubre 2006.
5. Fraga M, Villar JL. Displasia congénita de cadera. Revista Española de Pediatría. 1982; 38(5): 337-48.
6. Bestard Pividal G. Uso correcto de Pavlick en el tratamiento de la displasia congénita de cadera. Revista Cubana de Pediatría. 1982; 54: 593-603.
7. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: early detection of developmental: dysplasia of the hip 2000; 105(4): 896-905.
8. Asher MA. Selección o detección para luxación congénita de cadera, escoliosis y otras anomalías que afectan al sistema musculoesquelético. Clin Pediatr Nort 1986; 6: 395-1414.
9. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical Practice Guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. Pediatrics 2000; 105(4) Disponible en: <http://www.aap.org/policy/ac0001.htm> 3/04/00.
10. Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J. Quality improvement, and subcommittee on developmental dysplasia of the hip: developmental dysplasia of the hip practice guideline: technical report. Pediatrics 2000; 105: 57.
11. Calzadilla Moreira V, Castillo García I, Blanco Estrada J, González Martínez E. Desviaciones torsionales de los miembros inferiores en niños y adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr (seriada en línea). 2002; (5). Acceso: 23 octubre 2006. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi1352002.htm
12. Bialik V. Displasia del desarrollo de la cadera: un nuevo enfoque de la incidencia. Pediatrics 1999; 40(8):15-9.
13. Rachio KH. Simultaneous open reduction and salter innominate osteotomy for developmental dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg 1996; 78(47):1-6.
14. Patel H. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. CMAJ 2001; 164(12): 1669-77
15. Hernández Andrade E, Ahued-Ahued JR, García - Carazos R. Factores de riesgo en la etapa intrauterina que predisponen a la luxación congénita de cadera. Ginecología y Obstetricia México. 1997; 65(9): 358-61.
16. Prasad C, Cramer BC, Pushpanathan C, Crowley MC, Ives EJ. Kyphomelic dysplasia: a rare form of semilethal skeletal dysplasia. Clin Genet 2000; 58: 390-5.
17. Al-Gazali LI, Ravenscroft A, Feng A, Shubbar A, Al-Saggaf A, Haas D, et al. Stuve-Wiedemann syndrome in children surviving infancy: clinical and radiological features. Clin Dysmorphol 2003; 12: 1-8

18. Spranger JW, Brill PW, Poznanski AK. Bone dysplasias. Atlas of genetic disorders of skeletal development. 2 ed. New York: Oxford University Press; 2002.
19. Mansour S, Offiah AC, McDowall S, Sim P, Tolmie J, Hall C, et al. The phenotype of survivors of campomelic dysplasia. J Med Genet 2002; 39: 597-602.
20. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ciencias Médicas; 1997

VIII. ANEXOS

SECRETARIA DE REGISTRO DE DATOS
"DISPLASIA CONGENITA DE CADERA"

Fecha: _____ Historia Clínica: _____

Sexo: Masculino Femenino

Edad: 1 a 6 horas 7 a 12 horas 13 a 18 horas 19 a 24 horas

Paridad Materna: Primigesta _____ Secundigesta _____ Trigesta _____ Multipara _____

Edad Gestacional: 32 – 34 semanas _____
35 – 37 semanas _____
38 – 40 semanas _____
> 41 semanas _____

Oligohidramnios: SI NO

Presentación: Cefálica _____
Pelviana _____
Incompleta _____ Completa _____

Tipo de Parto: Eutosico _____ Distosico _____

Personal que atendió el parto: Residente _____ Externo _____
Interno _____

Antecedentes previos de displasia congénita de cadera SI NO

Primo _____ Parentesco: Hermano _____

SIGNOS CLINICOS

Asimetría de Pliegues Glúteos: SI _____ NO _____

Asimetría de Pliegues en Cara Anterior del Muslo: SI _____ NO _____

EXPLORACION FISICA

Prueba de Ortolani: Positiva Negativa

Prueba de Barlow: Positiva Negativa

ECOGRAFIA: SI _____ NO _____

II. PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO.

El autor concede el permiso para poder reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada:

"DISPLASIA CONGENITA DE CADERA DEL RECIEN NACIDO EN EI HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, ENERO 2008 A DICIEMBRE 2009", para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.