

DISPLASIA DE CADERA EN UN CONSULTORIO DE ATENCION PRIMARIA

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 2 y 3, 1993/ 63-66

**Dr. Sheril Rivera V.*

***Alumnos: Frank Dawson G., Milena Agurto V.,
Patricia Serendero A., Claudia Ferrando C.,
M^e Isabel Martin P., Tzandra Fuchs W.*

RESUMEN

La displasia de cadera es una patología congénita cuyo tratamiento varía siendo más costoso y complejo mientras más tardío es su diagnóstico.

Se estudiaron los tiempos que demoran algunos pasos del diagnóstico, en un consultorio de Santiago; como información base para establecer medidas destinadas a optimizar dicha gestión. Se analizaron los registros de morbilidad del médico y fichas clínicas de 71 niños con sospecha de displasia de cadera, y se investigó el tiempo entre la sospecha por enfermería, la indicación de la radiografía por el médico y la consignación del resultado en la ficha.

Se destaca que en 61,9% de los casos, el proceso diagnóstico estuvo dentro de los 2 meses; sin embargo en 23,8%, tomó más de 4 meses en realizarse el proceso diagnóstico. Por lo tanto, si se considera que en forma ideal el niño debiera recibir un tratamiento en el primer semestre de vida y el examen confirmatorio es fácil y rápido, los tiempos son excesivos y aumentan el riesgo de secuelas posteriores. Se aconseja nuevos estudios para identificar las causas de estos tiempos tan prolongados.

INTRODUCCION

La displasia de cadera se define como un desarrollo anormal de la articulación coxofemoral, del acetábulo, la cabeza de fémur, la cápsula y otros tejidos blandos; puede conducir a una subluxación o luxación de cadera.

Se distinguen 2 grupos principales de lesiones congénitas de cadera; la displasias teratológicas o de desarrollo intrauterino y las displasias típicas de aparición postnatal, con una frecuencia de 5% y 0.5% respectivamente (1-4). En Chile, la displasia se ve en una incidencia de 1x1000 nacidos vivos. Es más frecuente en mujeres que en varones, con una relación de 6/1 según diversos estudios, mayor frecuencia en primogénitos, en la raza blanca y de tipo bilateral (1, 2, 5, 8). Existen varios trabajos que relacionan factores causales potenciales con el problema de displasia de caderas, entre los cuales se mencionan el hereditario y el parto en podálica entre otros (7-12).

Es una patología congénita cuyo tratamiento varía según la edad del niño afectado. Yendo desde medidas posicionales en niños más pequeños hasta cirugías complejas en los mayores (2, 13, 14). No está recomendado el uso del pañal triple comúnmente indicado (14). El diagnóstico precoz permite mejores resultados, por cuanto es deseable su diagnóstico y tratamiento dentro de los primeros 3 meses de vida (2, 13). Al aumentar la edad del niño, aumenta el costo para el sistema de salud y agrega un problema al desarrollo psicomotor.

En el consultorio Carol Urzúa (Peñalolén), el proceso diagnóstico empieza en: "El control del niño sano", en donde si se sospecha la patología, es derivada a una "consulta de morbilidad", realizada por un médico. Si el médico lo considera pertinente, solicita una "confirmación radiológica" al Hospital Luis Calvo Mackenna.

* Médico cirujano, Académico Unidad de Salud Pública. Div. Cs. Med. Oriente, Facultad Medicina. Universidad de Chile.

** Alumnos 5º año Medicina, Div. Cs. Med. Oriente, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

El informe es retornado al consultorio por el paciente y se se confirma sospecha diagnóstica, se deriva al servicio de traumatología de dicho hospital para tratamiento.

Debido a escasa literatura a nivel nacional y mundial sobre el tema, los autores del presente trabajo pretenden, conocer los tiempos que demoran algunos de los pasos del procedimiento diagnóstico de rutina, a que son sometidos habitualmente los niños con sospecha de displasia de cadera.

Esta primera aproximación sobre los tiempos de estas actividades rutinarias, podría contribuir a establecer un punto de partida para plantear medidas destinadas a optimizar dicha gestión, en beneficio de los niños con ese riesgo.

MATERIAL Y METODO

Se realiza un estudio descriptivo.

El universo son todos los niños con sospecha de displasia de cadera atendidos en el consultorio Carol Urzúa, en el segundo semestre de 1988.

La unidad de análisis es el niño con sospecha de displasia de cadera.

El estudio considera como fuente de información secundaria los registros de morbilidad del médico y la historia clínica.

La muestra corresponde a 71 niños con sospecha de displasia de cadera atendidos por médico, a los cuales se les indicó radiografía de cadera (corresponde al 100% de los niños con esas características durante el segundo semestre de 1988 en el consultorio).

Se estudian las siguientes variables, tiempo entre:

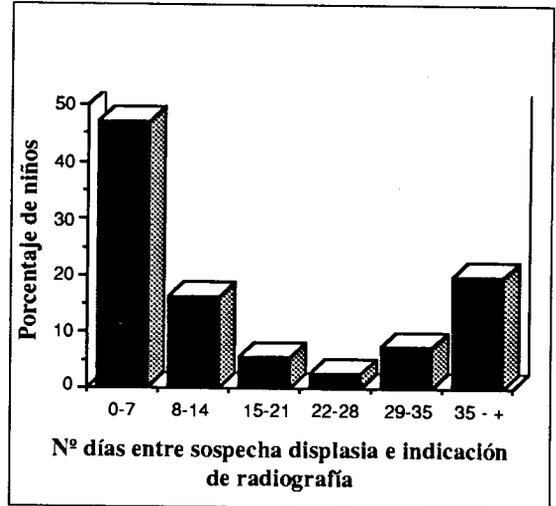
- la sospecha por enfermería y la indicación de radiografía por el médico;
- la indicación de radiografía y la consignación del resultado en la ficha clínica;
- la sospecha y la consignación del resultado en la ficha clínica.

Se elabora un instrumento ad-hoc para la recolección de información, la cual se tabula manualmente y se analiza a base de porcentajes.

RESULTADOS

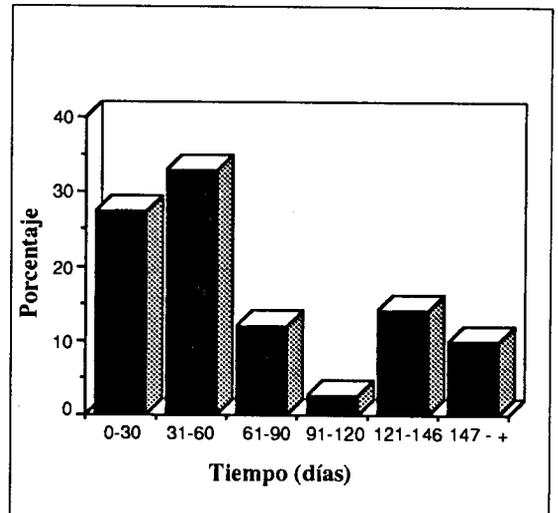
El tiempo transcurrido entre la sospecha de enfermería y la indicación de radiografía por el médico, se ve que es en promedio 23,3 días. Se concentra un 64,7% dentro de los primeros 14 días de demora. Existe un 20% que demora más de un mes en sortear este paso.

Figura 1
Tiempo transcurrido entre la sospecha de displasia de cadera y la indicación de la radiografía. C. Carol Urzúa
2º Semestre 1988



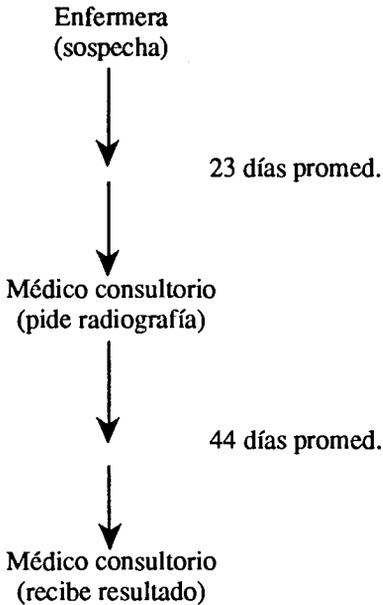
De los 71 niños que se les indicó radiografía, en el 57,5% existe consignación del resultado en la ficha. De estos, se obtuvo que existe un promedio de 44,3 días entre la indicación de radiografía y la consignación del resultado. En el 24,3%, este trámite demora más de 2 meses.

Figura 2
Tiempo entre la sospecha de displasia y la consignación del resultado de la radiografía en la ficha. C. Carol Urzúa. 2º Semestre 1988



Transcurren 67 días de promedio entre la sospecha por enfermería de la patología y la llegada del resultado de la radiografía. Encontrándose un 61,9% dentro de los 2 meses, sin embargo, en un 23,8% tomó más de 4 meses en realizarse el proceso diagnóstico.

Flujograma de atención



DISCUSION

Considerando que en forma ideal el niño debería recibir tratamiento dentro de los primeros 6 meses de vida y siendo el examen confirmatorio en sí (radiografía de pelvis) un procedimiento rápido, se piensa que los tiempos transcurridos en general son excesivos (2,13). El estudio demuestra un promedio de 67 días de demora en la confirmación del diagnóstico, con un 23,8% que requirió más de 4 meses en obtenerse, lo cual indica que los niños en este grupo tienen mayor riesgo de requerir tratamientos más complejos como también de tener secuelas posteriores que un niño diagnosticado en forma más expedita.

La radiografía sigue siendo hoy el mejor examen en el "screening" de esta patología en nuestro medio por su grado de seguridad, rapidez, posible cobertura y costo relativamente bajo. Otro método como la ultrasonografía que evalúa la cadera sin requerir su osificación podrá serlo en un futuro ya que permite

el diagnóstico antes de los 3 meses (13,15,16). La resonancia magnética no es recomendado como examen de rutina ya que no brinda mayor información (17).

El rol del médico y su comprensión de la necesidad de examen clínico repetido, los signos relacionados con la edad y diligencia continua es crítico en el diagnóstico precoz y esencial para evitar las secuelas posteriores (14). También es importante destacar que es mejor un buen tratamiento completo, con el arnés de Pavlik, desde un comienzo que tratar con el triple pañal o los zapatos correctores en forma profiláctica ya que no producen una flexión suficiente que asegure la reducción de la cadera y dan una falsa sensación de seguridad por lo cual hacen perder mucho tiempo importante y favorece secuelas posteriores (14).

Este estudio pretende ser una aproximación al conocimiento de una de las variables importantes a considerar en el manejo oportuno de la displasia de cadera, sentando las bases para nuevos estudios que permitan profundizar en las causas de estos tiempos tan prolongados, así poder plantear nuevas medidas para evitar complicaciones y secuelas en estos niños. Ω

BIBLIOGRAFIA

1. Meneghello J., Fanta E., Macaya J. *Pedriatría* 3º Edición, 1984; Vol. II, pp. 1.436-1.442.
2. Mihron Tachdjian. *Ortopedia Pediátrica*, 1976; Vol. I, pp. 127-147.
3. Malogan V.; Arango C.R. *Texto de Ortopedia Infantil*, 1967, pp. 29-35.
4. Campbell, R.; Court-Brawn C. *Ortopedia Traumatología* 3º Edición; Edit. Salvat, 1985, pp. 246-262.
5. Campero M.; Downey P. *Patología congénita de caderas en lactantes en control*. Boletín Hospital San Juan de Dios, 1987, Nº 34, p. 14.
6. Martin A.J.; Yubero J.; Pedraz M.C. y cols. *Risk factors in 130 children suspected with hip dysplasia*. An-Esp-Pediatr 1991, Dc; Nº 35(6), pp. 409-412.
7. Romero M.I.; Julian M.; Gaete V. y cols. *Características epidemiológicas de la displasia congénita de caderas en una población chilena*. Rev. Chil. Pediatr., 1989, Sep.-Oct.; Nº 60(5), pp. 268-271.
8. Padilla M.L.; Nogales A.; Curto de la Mano A.; García J.M. *Incidencia de luxación congénita de cadera en 40,243 nacidos vivos*. An. Esp. Pediatr. 1990, Dec; Nº 33(6), pp. 539-541.
9. Fitchell J. *Problem in early diagnosis and management of congenital dislocation of the hip*. J.-Bone-Joint-Surg. 1972, 54-B, p. 4.
10. Williamson J. *Difficulties of the early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip in*

- Northern Ireland. *J-Bone-Joint-Surg.* 1972, 54, p. 13.
11. Jones D. An assesement of the value of examination of the hip in newton. *J-Bone-Joint-Surg* 1977, 59B(3), p. 318.
 12. Weige M.E.; Wasylen M.J.; The natural history of congenital disease of the hip. *J-Bone-Joint-Surg.* 1979. 61B, p. 334.
 13. Tschauner C. Earliest diagnosis of congenital dislocation of the hip by ultrasonography. Historical bacground and present state of Grafts method. *Acta-Orthop-Belg* 1990. 56(1{Pt A}), pp. 65-77.
 14. Staheli L.T. Management of congenital hip displasia. *Pediatr-Ann* 1989, Jan; 18(1); pp. 24, 26-7, 29-32.
 15. Millis M.B.; Share J.C. Use of ultrasonography in dysplasia of the inmature hip. *Clin-Orthop* 1992, Jan, 274; pp. 160-171.
 16. Terjesen T.; Bredland T.; Berg V. Ultrasound for hip assessment in the new bom. *J-Bone-Joint-Surg* 1989, Nov. 71(5), pp. 767-773.
 17. Fisher R.; O'Brien T.S.; Davis K.M. Magnetic resonance imaging in congenital dysplasia of the hip. *J-Pediatr-Orthop* 1991, Sep-Oct. 11(5), pp. 617-622.

-Ω-