



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

Viceministerio de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
Materno Perinatal

Dirección Ejecutiva de
Investigación, Docencia y Atención
en Neonatología

Departamento de
Neonatología

Versión 3

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPLASIA DE CADERA

I. FINALIDAD

Contribuir con la disminución de la morbilidad neonatal por Displasia de Cadera en el INMP

Comentario [1]: El documento esta estructurado en conformidad a la Resolución Ministerial N° 826.2021/MINSA

II. OBJETIVO

Estandarizar y optimizar la atención del neonato afectado por Displasia de Cadera

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de práctica clínica es de cumplimiento obligatorio en los diferentes servicios de atención neonatal del INMP

IV. PROCEDIMIENTOS A ESTANDARIZAR:

Diagnóstico, tratamiento de Displasia de Cadera en los recién nacidos que se atienden en los diferentes servicios del Departamento de Neonatología del INMP con código CIE 10: Q65.1, Q65.2, Q65.3, Q65.4, Q65.5, Q65.6, Q65.7, Q65.8, Q65.9 y código CPMS: 27250 Tratamiento cerrado de dislocación de la cadera, traumática; sin anestesia.

Comentario [2]: Para ser aprobada por el área usuaria

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

La displasia del desarrollo de la cadera es el trastorno ortopédico más común en los recién nacidos, es una causa común de discapacidad entre los niños, hace referencia a un amplio espectro de alteraciones patológicas del acetábulo y fémur proximal en crecimiento que incluye a la luxación, subluxación y la displasia propiamente dicha. Es más frecuente en el sexo femenino y la cadera izquierda suele ser la más afectada. La displasia del desarrollo de la cadera (DDH) provoca cambios anatómicos que provocan una coxartrosis temprana.

5.2. ETIOLOGÍA

Se asocia a factores genéticos, ambientales e incluso la posición intra útero. Aunque se han determinado los factores de riesgo, la etiología y la fisiopatología siguen siendo exactamente desconocidas.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Tres teorías:

1. Mecánica: denota que existió una posición intrauterina anormal como causa.
2. Displasia acetabular primaria: tendencia hereditaria.



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

3. Laxitud ligamentosa. Un factor básico en la etiopatogenia de la DDC es la laxitud capsular y ligamentosa en el período neonatal, pudiendo tener la misma un origen hereditario, hormonal o mecánico

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Se presenta en 1 por cada 500 - 1.000 nacidos vivos.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Antecedentes familiares.
- Presentación podálica.
- Oligohidramnios.
- Post madurez.
- Raza blanca.
- Sexo femenino.
- Hiperlaxitud ligamentaria.
- Asociaciones con otros problemas ortopédicos como el metatarsus adductus, la deformidad de pies zambos (o pie bot), las patologías congénitas y otros síndromes.
- Predisposición familiar multifactorial: 1-2% Padres biológicos y 2-10% hermanos.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

Dentro del espectro de inestabilidad de la articulación de cadera se deben diferenciar los siguientes tipos:

- Caderas subluxables o laxas: la cabeza femoral se desliza en el acetábulo, y en reposo está apoyada en el piso del acetábulo.
- Caderas subluxadas: la cabeza femoral se desplaza dentro del acetábulo, pero a diferencia de la anterior, la cabeza se aleja del piso del acetábulo.
- Caderas luxables: la cabeza del fémur está dentro del acetábulo si esta en reposo, pero es posible desplazarla manualmente fuera de esa cavidad con un «click» palpable.
- Caderas luxadas: están en posición anormal, incluso en reposo.

Se clasifica en tres grados:

GRADO I (Displasia Simple): acetábulo poco desarrollado, pero con la cadera en su lugar.

GRADO II (Subluxación): hipoplasia acetabular y subluxación de cadera.

GRADO III (Luxación): Hipoplasia acetabular y cadera completamente luxada



6.2. DIAGNÓSTICO

Se ha establecido el cribado neonatal con exploración física y ecografía con el fin de diagnosticar esta enfermedad en etapas tempranas de la vida. El diagnóstico en los primeros meses de vida es fundamental ya que permite formar una cadera normal y prevenir la aparición de coxartrosis precoz.

Criterios de diagnóstico

- Signo de Ortolani positivo, Barlow positivo, limitación a la abducción (ver Anexo Nro. 1).
- Asimetría: pliegues de la cara interna de los muslos, pliegues supernumerarios (no es patognomónico).
- Asimetría en longitud de los miembros inferiores y altura de las rodillas.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

No contributorios.

6.3.1. Imagenología

Ecografía funcional de caderas. (cuando tenga un mes de edad)

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Cuidados generales del recién nacido y seguimiento en consultorios externos de pediatría del INMP.

De confirmarse el Diagnóstico debe derivarse y referirse al especialista en ortopedia y traumatología en institución de Nivel III

6.4.2 Terapéutica

Los principios del tratamiento son poder reducir la cadera sin provocar necrosis avascular de la cabeza femoral y normalizar el desarrollo acetabular. El objetivo del tratamiento es colocar la cabeza femoral dentro del acetábulo de manera que la cadera pueda desarrollarse con normalidad.

El conocimiento de las opciones ortopédicas y quirúrgicas es fundamental para lograr el éxito en el tratamiento.

- Mantener caderas en abducción.
- Uso de pañal cuadrado (doble).
- Uso de férulas (por indicaciones del especialista).

6.4.3. Criterios de alta

Según evaluación por el traumatólogo ortopedista

6.4.4. Pronóstico

Un examen oportuno de detección de Displasia de cadera del recién nacido permite identificar y brindar el tratamiento respectivo, con lo que se pueden conseguir resultados satisfactorios.

Si no se trata, es posible que el niño tenga una diferencia en la longitud de las piernas y que presente alteraciones para la deambulación. Algunos casos que no responden al tratamiento habitual pueden necesitar intervenciones quirúrgicas adicionales.

6.5. COMPLICACIONES

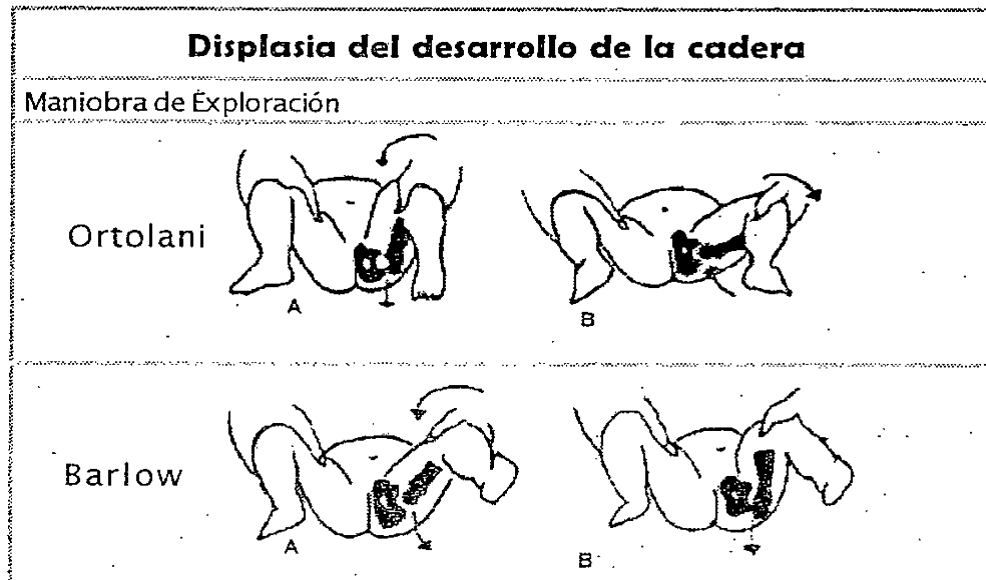
Limitación de la movilidad articular.
Dificultades para la deambulación

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Referencia al Instituto Nacional de Salud del Niño en los casos que requieran manejo especializado por traumatología y ortopedia.

VII. ANEXOS

Anexo 1: Maniobras de exploración de la articulación de la cadera.





PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional Materno Perinatal

Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología

Departamento de Neonatología

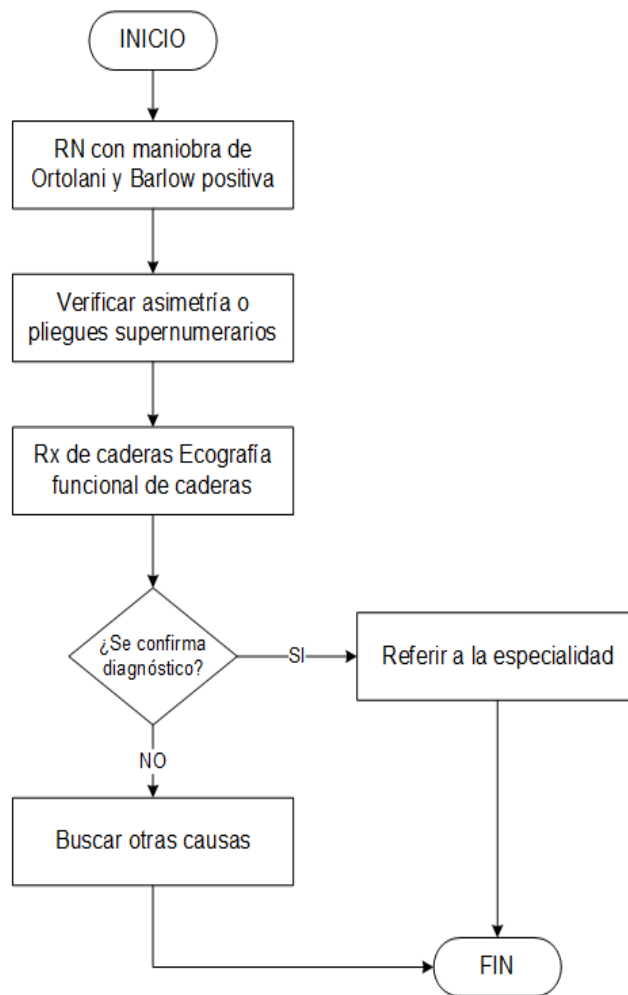
Versión 3

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

ANEXO 2 **FLUJOGRAMA**

Comentario [3]: Debe ser aprobado por el área usuaria, según lo propuesto.

FLUXOGRAMA DE DISPLASIA DE CADERA





VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. J. P. Cloherty A. R. Stask, Manual de cuidados Neonatales; Salvat Editores Barcelona 2012
2. Klaus and Fanaroff's Care of the High-Risk Neonate. Editorial : Saunders; N.º: 6 edición (23 octubre 2012)
3. Gordon B Avery ,Neonatología. Fisiopatología y Manejo del RN.Ed. Médica Panamericana, 2001
4. Brenes Méndez Marco,Flores, Castro Ariatna , Meza Martínez Alejandro Actualización en displasia del desarrollo de la cadera Revista Médica Sinergia vol.5 Núm. 9, 2020.
5. Luxación congénita de cadera - Medigraphic por VMA Bahena 2018 medigraphic
6. L Moraleda 1, J Albiñana, M Salcedo, G Gonzalez-Moran Dysplasia in the development of the hip. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. Jan-Feb 2013;57(1):67-77 doi: 10.1016/j.recot.2012.10.005. Epub 2012 Dec 17.
7. Carla Escribano García , Luis Bachiller Carnicero , Sara Isabel Marín Urueña , María Del Mar Montejo Vicente , Raquel Izquierdo Caballero , Félix Morales Luengo , Sonia Caserío Carbonero. Developmental dysplasia of the hip: Beyond the screening. Physical exam is our pending subject. An Pediatr (Engl Ed). 2021 Oct;95(4):240-245. doi: 10.1016/j.anpede.2020.07.024. Epub 2021 Sep 10