



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

Ciudad de México
Servicios de Salud
DDF



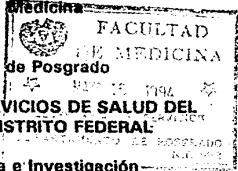
11237 ²⁴ 2^{da} 2^{da}

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

**DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL**

**Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza**



DEPARTAMENTO DE POSGRADO

Curso Universitario de Especialización en :

P E D I A T R I A M E D I C A

**ANALISIS DE LA CASUISTICA DE LUXACION CONGENITA DE
CADERA EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA DEL HOSPITAL
PEDIATRICO TACUBAYA**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

Presenta

DRA. BERTHA CRAVIOTO FERNANDEZ

Para obtener el grado de

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

Director de Tesis

DR. SALVADOR MEDINA LOPEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DR. M. FRANCISCO GUTIERREZ GUZMAN.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO.



DR. BENJAMIN SOTO DE LEON.
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

A mi padre, ese gran hombre; GRACIAS por su apoyo incondicional, amor y orientación que hicieron posible este sueño.

A mi madre, por tanto cariño, ternura y horas de dedicación que ahora dan frutos.

A Eduardo, mi esposo, por estos ocho años de amor y apoyo constantes.

A Alexa, mi hija, quien es la razón de mi vida y motivo constante de su peración.

A mis hermanos, quienes en su momento, supieron apoyarme y motivar día con día y en especial a Marcela, quien fue fundamental para conseguir esta meta.

A mis suegros, por su cariño y apoyo permanentes.

A Marco y a Reyna, por saber ser amigos y brindarnos su cariño.

Al Dr. Salvador Medina López, por su ayuda y confianza.

**"EN NINGUNA OTRA ANOMALIA CONGENITA DEL SISTEMA
MUSCULOESQUELETICO QUEDA TAN COMPENSADO EL ESFUERZO POR
EFECTUAR UN DIAGNOSTICO PRECOZ NI ES TAN TRAGICA SU OMISION".**

INDICE

	PAG.
I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCION	2
III. MARCO TEORICO	3
IV. MATERIAL Y METODOS	6
V. RESULTADOS	11
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	12
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	14
VIII. ANEXOS (G R A F I C A S)	17

GRAFICA 1

GRAFICA 2

GRAFICA 3

GRAFICA 4

GRAFICA 5

GRAFICA 6

I. RESUMEN

La luxación congénita de cadera (LCC), sigue siendo una entidad muy frecuente en el paciente pediátrico, aunque el porcentaje de presentación es muy variable dependiendo del país que reporte su estadística en un rango del 0.8 al 10% (2,3). En nuestra unidad hospitalaria, la demanda por la Consulta de Ortopedia ocupa uno de los primeros lugares, es por ello que se decidió la realización de este estudio.

El presente trabajo es una investigación clínica, retrospectiva, descriptiva transversal y observacional. Realizada en el Hospital Pediátrico Tacubaya de la D.G.S.S.D.D.F., en la Unidad de Consulta Externa, con la finalidad de conocer la casuística de la LCC en el paciente pediátrico que acude, tomando en cuenta las edades que van desde 0 a 15 años. Tomando en cuenta para ello, la revisión del expediente clínico, en un período comprendido del 1 de Enero al 30 de Noviembre de 1993.

De 89 pacientes (3.8%) que fueron enviados a la CE de Ortopedia por probable LCC, 14 (15.7%), cumplieron los criterios clínicos y radiológicos, y de estos todos presentaron los criterios de inclusión. Se encontró una predominancia por el sexo femenino con una frecuencia del 92.8% y con un porcentaje para el sexo masculino del 7.1%.

En lo que respecta por grupos etáreos el más afectado fue el de los lactantes en un 78.5%, seguido por el de los prescolares con un 14.2% y finalmente el de los recién nacidos por el 7.1%. Con una media de 17.7 meses, una mediana de 7.5 meses y finalmente una moda de 8 meses.

La finalidad de este estudio es sensibilizar al personal médico en este caso Pediatras, para que efectúe a tiempo un diagnóstico temprano de LCC, evitando así la presencia de secuelas, secundario a un diagnóstico tardío, que requirió de otros manejos, predominando así el de tipo quirúrgico, tal como se describe en la literatura y que en nuestro estudio se corroboró.

Este trabajo también nos permitió darnos cuenta de que la frecuencia de esta entidad sigue siendo alta y que a pesar de ello el diagnóstico en la etapa neonatal no se lleva a cabo de manera oportuna. Es por ello que el grupo en el que predominó la presencia de LCC fue el de los lactantes, que es cuando el paciente inicia la deambulacion, lo que dada las manifestaciones clínicas ocasiona en los padres la inquietud por acudir al médico, ocasionando impactos negativos de índole individual, familiar y social.

II. INTRODUCCION

En el Hospital Pediátrico de Tacubaya de la D.G.S.S.D.D.F., se recibe un número importante de pacientes que demandan la Consulta de Ortopedia, y de ellos un porcentaje considerable son enviados con un diagnóstico de Luxación Congénita de Cadera (LCC), con un reporte de tratamiento quirúrgico mayor al conservador. Es por ello que se decidió la realización de el presente estudio, para contar con cifras reales en lo que respecta a esta patología conociendo así de manera exacta los porcentajes de la LCC, tomando en cuenta sexo, edad de presentación (tiempo en que se realizó el diagnóstico), localización más frecuente, predominancia por grupos étnicos y tipo de manejos requeridos.

Es de tomar en cuenta que una vez realizado el diagnóstico y corroborado clínica y radiológicamente implica para el paciente una serie de eventos que limitan en algunos casos temporalmente la función musculoesquelética del mismo.

La falta de un diagnóstico oportuno sigue siendo la causa de la presentación de secuelas tardías, en la población pediátrica, y no obstante el gran avance con respecto a las técnicas de diagnóstico en nuestra época, la exploración clínica completa y exhaustiva al paciente en la etapa neonatal sigue siendo la clave para evitar la presencia de secuelas tardías que van desde una simple cojera hasta alteraciones musculoesqueléticas considerables (1,2,4,5,9,10).

Dado que en nuestra unidad no contamos con métodos sofisticados de diagnóstico, se utilizó la exploración clínica básicamente apoyados en los estudios radiológicos simples. Siendo ésta la técnica de acuerdo a nuestro medio la que nos proporciona mejor información y confiabilidad al momento del diagnóstico.

Este trabajo tuvo por objetivo principal hacer notar la importancia que tiene el detectar a tiempo el diagnóstico de Luxación Congénita de Cadera (LCC), con el fin de poder establecer un diagnóstico oportuno y con ello disminuir la presencia de secuelas.

III. MARCO TEORICO

La luxación congénita de cadera (LCC), es un desplazamiento de la cabeza femoral fuera del acetábulo, que puede ocurrir al nacer o un poco después (1). Se presenta en porcentaje muy variable, dependiendo del país que reporte su estadística en un rango del 0.8 al 10% (2,3).

Debido a las secuelas que deja el omitir su diagnóstico al nacimiento, tales como necrosis avascular de la cabeza femoral, reluxación, fracturas de la cabeza femoral o región subtrocantérea, parálisis nerviosa, defectos en la marcha y alteraciones musculoesqueléticas concomitantes de la columna vertebral, es de capital importancia el reconocer tempranamente los pacientes con riesgo de LCC (1,4,5).

La causa primaria de la LCC típica no se conoce, sin embargo, se han mencionado diversas teorías: 1) Laxitud de ligamentos y cápsula de la cadera, 2) Malposición en útero y factores mecánicos, como presentación pélvica hasta en un 30%, 3) Factores ambientales y postnatales (1,4,6,7,8).

Se han implicado factores de riesgo como la raza, presentándose más frecuentemente en la raza blanca, siendo rara en la raza negra y amarilla. El sexo más afectado es el femenino hasta en un 80%, con una proporción según las series reportadas de 4:1 a 6:1. Y por último el carácter hereditario (2,4,6).

El diagnóstico de la LCC debe ser eminentemente clínico, utilizando maniobras que van a depender de la edad en que acude a consulta el paciente por primera vez.

En los neonatos y lactantes debe buscarse el signo de Ortolani, Barlow, acortamiento del miembro, asimetría de los pliegues cutáneos (en especial los glúteos y poplíteos), signo de Savariaud, posición de las piernas en rotación externa retraso en el inicio de la deambulación. En el preescolar, todos los signos clínicos descritos para edades anteriores, cojera típica, signo de Trendelenburg. En el escolar se suma dolor, fatigabilidad en la marcha y alteraciones óseas (1,2,4,5,9,10).

Los métodos de diagnóstico complementarios varían desde la simple placa de rayos X, hasta una tomografía computada (3).

El método de escrutinio que ha sido usado por muchos años es el estudio radiográfico simple, que debe ser utilizado en pacientes considerados como de riesgo para la LCC. Y que logra su mayor utilidad realizada a los 4 meses de vida en pacientes con historia familiar de LCC, presentación pélvica o un click persistente (11).

La selección de las técnicas imagenológicas en pacientes con LCC dependerá de la edad del paciente o del tratamiento a instituir (12).

El ultrasonido ha intentado tomar un lugar preponderante en el diagnóstico del paciente de alto riesgo con LCC, ya que eleva el diagnóstico temprano. Que disminuye su confiabilidad si se efectúa en toda la población neonatal en pacientes no seleccionados (13,14).

La artrografía tiene un papel importante si se planea resolución quirúrgica a la LCC, ya que los estudios radiográficos simples no predicen ningún parámetro para efectuar osteotomías (15,16).

La tomografía computada, ofrece una reconstrucción en tercera dimensión para planear las osteotomías para facilitar la aplicación exacta de técnicas quirúrgicas para reorientar el acetábulo (17).

El uso de la resonancia magnética ofrece una información de la anatomía de la cadera de manera más precisa que con la radiografía o el ultrasonido, y su verdadero lugar dentro del armamento diagnóstico está aun en estudio (12,18,19).

El tratamiento tendrá dos modalidades, el conservador y el quirúrgico. El tratamiento conservador como la colocación de entablillados o harnesses (Pavlik) deben ser utilizados como primera instancia terapéutica en neonatos y lactantes con LCC. La almohadilla de Frejka y el aparato de Becker pueden utilizarse en LCC de diagnóstico tardío, sin embargo, algunos estudios concluyen que hay menor riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral con la almohadilla de Frejka que con el arnés de Pavlik, además que es un dispositivo de más fácil manejo (20,21,22,23,24,25).

La reducción abierta de la LCC tiene gran variedad de técnicas, como la de Chiari, Pemberton, Ferguson y la osteotomía doble de la línea innominada y en casos muy seleccionados la artroplastia. En todos estos casos existe una mayor morbilidad y la probabilidad de una necrosis avascular de la cabeza femoral (26,27,28,29,30,31).

La magnitud del problema de la LCC permanece omnipresente y debido en gran parte a una omisión diagnóstica en el momento del nacimiento o en los primeros meses de vida. Debido a las secuelas tan importantes a que conlleva una LCC mal diagnosticada, es obligada la revisión cuidadosa a todo recién nacido y poner un especial énfasis en aquellos productos con factores de riesgo (32,33,34).

Dado que la LCC constituye un verdadero problema de salud pública, es necesario demostrar que la búsqueda temprana de ésta patología hará posible un diagnóstico precoz y exacto, que justificará terapéuticas ortopédicas más quirúrgicas. La terapéutica temprana disminuirá limitantes del buen funcionamiento de la articulación coxo-femoral, que desencadenan alteraciones que repercuten en todo el aparato osteomuscular de la población pediátrica ocasionando impactos negativos de índole individual, familiar y social.

IV. MATERIAL Y METODOS

El presente estudio fue llevado a cabo en el Hospital Pediátrico Tacubaya de la D.G.S.S. del D.D.F., en el Servicio de Ortopedia, en el período comprendido de el 1o. de Enero al 30 de Noviembre de 1993.

Se incluyeron en el estudio un grupo de 14 pacientes de un total de 53, que acudieron a la Consulta Externa de Ortopedia, o bien que habían sido referidos por el Médico Pediatra, con diagnóstico de probabilidad, o bien con el antecedente de sospecha de Luxación Congénita de Cadera (LCC).

Fueron revisados cada uno de los expedientes clínicos para obtener los siguientes datos, edad, sexo, edad en la que se realizó el diagnóstico por primera vez, tipo de tratamiento instaurado, presencia o no de secuelas y desde luego lugar de origen.

Se buscó intencionadamente el cuadro clínico que motivó la consulta con el médico, con el fin de corroborar por grupos de edad la sintomatología descrita en la literatura (fig. 1).

Se descartó a todo paciente cuyo expediente clínico no se encontrara completo, o bien que hubiese abandonado el control clínico por la Consulta Externa.

OBJETIVOS

• Objetivo General

Detectar a tiempo el diagnóstico de Luxación Congénita de Cadera, para lograr establecer el tratamiento conservador, sin llegar al quirúrgico; y con ello disminuir de manera importante las secuelas.

• Objetivos Específicos

- 1) Realizar un diagnóstico en forma temprana.**
- 2) Establecer como norma estricta en la revisión mensual del niño sano.**
- 3) Acortar el tiempo en la realización del diagnóstico.**
- 4) Evitar diagnósticos tardíos que implican soluciones más complicadas.**
- 5) Establecer por medio de este estudio, el monto del beneficio socioeconómico; en la atención de ésta patología cuando se diagnostica a tiempo.**
- 6) Evaluar el beneficio de un diagnóstico temprano en base a la presencia de un menor número de secuelas.**
- 7) Determinar la frecuencia de Luxación Congénita en base a grupos étnicos.**

CRITERIOS DE SELECCION

5.1 Criterios de Inclusión :

- Todo paciente pediátrico que llega al servicio de Ortopedia, y presente datos clínicos de Luxación Congénita de Cadera (LCC).

- Paciente pediátrico con edad comprendida entre 0 y 15 años.

- Paciente pediátrico con antecedentes y/o diagnóstico previo de LCC, con o sin manejo previo.

5.2 Criterios de Exclusión :

- Pacientes mayores de 15 años.

- Pacientes cuyo expediente clínico y radiológico no se encuentre completo.

- Pacientes con diagnóstico clínico no confirmado radiológicamente.

5.3 Criterios de Eliminación :

- Aquéllos pacientes en los que se diagnosticó LCC, y los padres no autorizaron el plan terapéutico.

- Pacientes en los cuales se diagnosticó LCC, y no acudieron al manejo.

- Pacientes con diagnóstico de LCC, en los que no se realizaron estudios paraclínicos establecidos.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

METODO DE ANALISIS

Los datos obtenidos de cada paciente (expediente clínico), se recabaron en una hoja de recolección de datos elaborada especialmente para dicho propósito.

Se utilizó un análisis estadístico como lo son los porcentajes, se obtendrá también de ser posible algunas medidas de tendencia central (media, mediana y moda), así como varianza.

V. RESULTADOS

En el período de tiempo de enero a noviembre de 1993, se incluyeron 14 pacientes.

El total de pacientes que demandaron revisión por la Consulta Externa (CE) de Ortopedia en ese año fué de 2302 (100%), de éstas 89 (3.8%) correspondieron a probable LCC. (Gráfica 1).

De éste total 89 pacientes (100%), 14 (15.7%), cumplieron los criterios clínicos y radiológicos de LCC. (Gráfica 2).

Predominando de acuerdo a sexo, el femenino con una frecuencia del 92.8%, correspondiendo el 7.1% al masculino. (Gráfica 3).

En los que respecta a grupos etéreos, el más afectado fue el de los lactantes en un 78.5%, seguido por el de los preescolares con un 14.2%, y finalmente el de los recién nacidos por el 7.1%. (Gráfica 4).

Las medidas de Tendencia Central obtenidas fueron las siguientes:

Media: 17.7 meses (1 año 4 meses), **Mediana:** 7.5 meses y con una **Moda:** de 8 meses.

El promedio de consultas subsecuentes en este grupo de pacientes fue de 6 durante el año.

De todos los pacientes incluidos, el 64.2% requirió manejo quirúrgico y 35.7% fue conservador. Con ello se confirma el impacto negativo que representa, a nivel individual, social y familiar, que confirma lo señalado con anterioridad.

La localización más frecuente del lado izquierdo (64%), siguiéndole el derecho (28.5%) y finalmente la bilateral en (7.1%). (Gráfica 5).

Respecto al lugar de origen no hubo diferencia, ya que el 100% pertenecen al área metropolitana.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio se realizó con el objeto de demostrar, la relación que existe entre la falta de el diagnóstico temprano en la etapa neonatal en lo que respecta a la Luxación Congénita de Cadera (LCC), y la prevalencia de esta entidad; para con ello poder disminuir tanto el número de casos, y hacer notar que mientras más tardío se realice el diagnóstico, mayor será el número de secuelas.

Como ya se mencionó en la literatura, se confirma que existe cierta preferencia por el sexo femenino (2,4, 6). El promedio de edad de presentación, indica que a pesar de los grandes avances en la medicina moderna, la exploración clínica sigue siendo de vital importancia, por que no es sino hasta que el niño comienza la deambulación que se realiza en forma tardía el diagnóstico de LCC.

También es importante mencionar que la presencia de secuelas se encuentra estrechamente relacionada con la edad en que se realiza el diagnóstico por primera ocasión.

Se trata aparentemente de un número poco significativo, sin embargo, se trata de un paciente crónico que se maneja por medio de un control mensual, lo que desde el punto de vista epidemiológico sigue constituyendo un problema de salud, aunado a la repercusión socioeconómica que la atención implica.

En este estudio, se confirma lo ya reportado en la literatura, sin embargo, nos permite una panorámica, con respecto a la frecuencia aún alta del número de pacientes que nacen diariamente y no se les diagnostica en forma oportuna la presencia de LCC.

La Luxación Congénita de Cadera (LCC), sigue siendo un problema de salud pública, es por ello importante y conveniente el demostrar que la búsqueda temprana de ésta patología, hará posible un diagnóstico precoz exacto, que justificará terapéuticas ortopédicas más que quirúrgicas.

Y en sensibilizar de manera especial tanto al Médico Pediatra como al Perinatolo: . y a todo aquel personal médico y paramédico que trabaja en este caso con pacientes pediátricos, enfatizando en los recién nacidos, sobre todo cuando éste cuente con factores de riesgo que factibilicen su presentación.

Se confirmó lo que la biografía señala, ya que en nuestra casuística predominó el sexo femenino en el lado izquierdo y la luxación bilateral también.

Cabe hacer también mención que el Dx no se está logrando aún tempranamente ya que el porcentaje de Dx tempranos es reducido. De igual forma se observan en este estudio que fue necesaria la Sol. Qx. en un porcentaje elevado por haber logrado Dx. tardíos.

Proposiciones:

Que se establezca como una obligatoriedad el Dx en el RN, la búsqueda de LCC.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Tachdjian, O.M.** Ortopedia Pediátrica. Ed. Interamericana México, D.F. 1984.
2. **Martín-Sanz-Aj. Yubero-Pascual.** Et Al. Risk factors in 130 children suspected with hip dysplasia. An-Esp-Pediatr. 1991 Dec; 35(6), 409-12.
3. **Churgay-CA. Caruthers-BS.** Diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. Am-Fam-Physician. 1992 Mar; 45(3), 121-28.
4. **Cruz M.** Tratado de Pediatría. Ed. Espaxs. Quinta Ed. Barcelona, España. 1983.
5. **Behram, R. E.-Vaughan. V.C., Nelson.** Tratado de Pediatría. Ed. Interamericana. México, D.F. 1987.
6. **Salter R.B.** Trastornos y Lesiones del sistema musculoesquelético. Ed. Salvat. Segunda Ed. México, D.F. 1990.
7. **Howorth M.B.** The etiology of congenital dislocation of the hip. Clin Orthop; 29-164, 1963.
8. **Badgley C.E.** Corelation of clinical and anatomical facts leading to a conception of the etiology of congenital hip dysplasias. J. Bone Joint Surg; 25-503, 1983.
9. **López Sosa F.H.** Congenital hip dislocation. a public healt problem in México. Bol.Med.Hosp. Ifant-Mex. 49(1) 54, 1992. Jan.
10. **Barlow, T.G.** Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg. 44-B; 292, 1962.
11. **Garvey-M., Donoghue-VB, Gorman-Wa, O'Brien-N, Murphy-Jr.** Radiographic screening at four months of infants at risk for congenital hip dislocation. J-Bone-Joint-Surg-Br. 1992. Sep; 4(5), 04.
12. **Dias-JJ; Thomas. I.H.** Et Al. The reliability of ultrasonographic assessment of neonatal hips. J-Bone-Joint-Surg-Br. 1993 May. 5(6), 4(9)-82.
13. **Walter-R.S.; Donaldson-JS; Davis-CI;** Ultrasound screening of high-risk infants. A method to increase early detection of congenital dysplasia of the hip. Am.J. Dis-Child. 1992 Feb; 146 (2), 230-4.
14. **Parris-B; Leyshon-A, Catterall-A.** Congenital hip dislocation or dysplasia with subluxation a radiologic study. J. Pediatr-Orthop. 1991 Sep-Oct, 11 (5), 614-6.

15. **Ando-M; Gothoh-T, Matsuura-J.** Tangential view arthrogram at closed reduction in congenital dislocation of the hip. *J. Pediatr-Orthop.* 1992 May-Jun; 12 (3), 390-5.
16. **Mills-MB; Murphy-SB.** Use of computed tomographic reconstruction in planning osteotomies of the hip. *Clin.Orthop.* 1992-Jan. 2 (4), 154-9.
17. **Greenhill-BJ; Hugosson-C; Jacobsson-B.** Magnetic resonance imaging study of acetabular morphology in developmental dysplasia of the hip. *J-Pediatr-Orthop.* 1993 May-Jun 3-314.
18. **Mills-MB; Share-JC.** Use of ultrasonography in dysplasia of the immature hip. *Clin-Orthop.* 1992 Jan 2 (4), 160-1
19. **Valdiserri-L; Campagnaro-JC.** The treatment of congenital hip dislocation between the ages of 1 and 3. *Chir-Urgani-Mov.* 1992. Jul-Sep. 7 (3), 219-31.
20. **Herring-JA.** Conservative treatment of congenital dislocation of the hip in the newborn and infant. *Clin-Orthop.* 1992. Aug. (281), 41-7.
21. **Heinrich-S.D.** The conservative management of congenital dislocation of the hip after walking age. *Clin-Orthop.* 1992 Aug. (281), 34-40.
22. **Burger-BJ; Burger-JD; Frejka** pillow and Becker device for congenital dislocation of the hip. Prospective 6-year study of 104 late-diagnosed cases. *Acta-Orthop-Scand.* 1993 Jun. 64 (3), 305-11.
23. **Suzuki-S.** Ultrasound and the Pavlik harness in Cah. *J-Bone-Joint-Surg-Br.* 1993. May. 5 (3), 483-7.
24. **Atar-D.** Pavlik harness versus Frejka Splint in treatment of developmental dysplasia of the hip. bicenter study. *J-Pediatr-Orthop.* 1993. May-Jun, 13 (3), 311-3.
25. **Douddulakis-JK.** Open reduction of CDH before one year of 69 hips followed for 13 (10-19) years. *Acta-Orthop-Scand.* 1993. Apr, 64 (2), 188-92.
26. **Faciszewski-I; Kieter-GN.** Pemberton ostrotomy for residual acetabular dysplasia in children who have congenital dislocation of the hip. *J.Bone-Joint-Surg-Am* 1993.May; 5 (5), 643-9.
27. **Windhager-R.** Chiari osteotomy for congenital dislocation and subluxation of the hip. Results after 20 to 34 years follow-up-*J-Bone-Joint-Surg-Br.* 1991. Nov; 3 (6), 890-5.
28. **Mergent-T.** Medial approach open reduction for congenital dislocation of the hip using the Ferguson procedure. A review of 31 hips. *Arch-Orthop-Trauma-Surg.* 1991; 110 (31), 169-72.

29. **Sutherland-DH.** Clinical and radiographic outcome of patients treated with double innominate osteotomy for congenital hip dysplasia. *J. Pediatr-Orthop.* 1991. Mar-Apr; 11 (2), 143-8.
30. **Garvin-KI.** Dysplasia of the hip. A follow-up note. *J-Bone-Joint-Surg-Am.* 1991. Oct; 73 (9), 348-54.
31. **Santridson-J.** Why is congenital dislocation of the hip still missed? Analysis of 96-891 infants screened in Malmo 1956-1987. *Acta-Orthop-Srand.* 1991. Apr; 62 (2), 87-91.
32. **Albinana-J.** Children at high risk for congenital dislocation of the hip late presentation. *J-Pediatr-Orthop.* 1993. Mar-Apr; 13 (2), 268-9.
33. **Curry-LC.** Congenital hip dislocation: The importance of early detection and comprehensive treatment. *Nurse-Pract.* 1992. May; 1 (5), 49-55.

VIII. ANEXOS

GRAFICAS

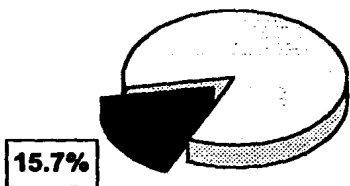
LUXACION CONGENITA DE CADERA

*GRAFICA 1: PACIENTES QUE DEMANDARON
ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA (CE) DE
ORTOPEDIA CON LCC EN EL AÑO 1993*



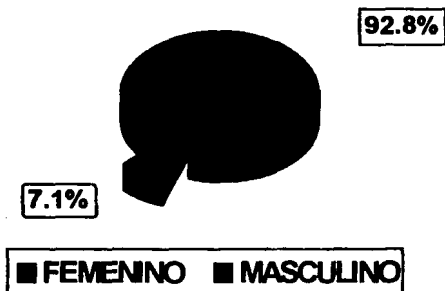
LUXACION CONGENITA DE CADERA

*GRAFICA 2: PACIENTES CON CRITERIOS
CLINICOS Y RADIOLOGICOS DE LCC*



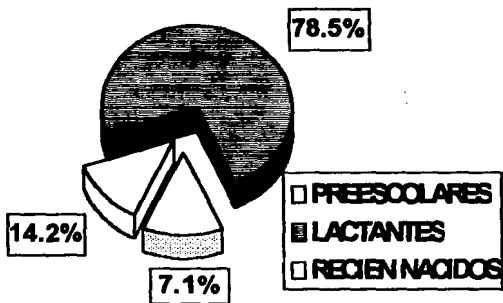
LUXACION CONGENITA DE CADERA

*GRAFICA 3: PORCENTAJES DE ACUERDO A
SEXO*



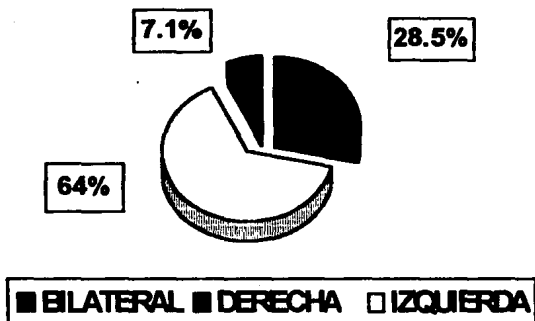
LUXACION CONGENITA DE CADERA

GRAFICA 4: PORCENTAJES POR GRUPOS ETAREOS MAS AFECTADOS



LUXACION CONGENITA DE CADERA

GRAFICA 5: LOCALIZACION MAS FRECUENTE DE LOC



LUXACION CONGENITA DE CADERA

GRAFICA 6: TIPO DE MANEJO REQUERIDO

