



## Editorial

## Tamiz de cadera en la infancia: una estrategia esencial en salud pública

### Hip screening in childhood: an essential public health strategy

Dr. Silvestre Fuentes Figueroa\*

Hospital Shriners para Niños.

\* Médico adscrito al Hospital Shriners para Niños. Editor de la *Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica*. México.

La displasia del desarrollo de cadera (DDC) es una de las alteraciones musculoesqueléticas más relevantes en la población pediátrica. Su incidencia se estima entre 1 a 20 por cada 1,000 nacidos vivos, dependiendo de los factores étnicos, culturales y geográficos. El impacto de un diagnóstico tardío puede ser devastador, ya que conlleva tratamientos quirúrgicos complejos, complicaciones asociadas y secuelas funcionales que afectan la calidad de vida en la adolescencia y edad adulta.

La exploración física neonatal mediante maniobras de Ortolani y Barlow continúa siendo el estándar inicial en el tamizaje clínico, con una sensibilidad de 36 a 40%. La radiografía de pelvis ofrece una alternativa diagnóstica entre los cuatro a seis meses, sin haber un consenso en la sensibilidad con un aproximado de 70%. La incorporación del ultrasonido de cadera en lactantes menores de tres meses con factores de riesgo o hallazgos clínicos sugestivos incrementa significativamente la precisión diagnóstica con una sensibilidad de 88 a 98%.

Estudios multicéntricos y metaanálisis han demostrado que la aplicación sistemática del tamizaje reduce la proporción de diagnósticos tardíos y la necesidad de tratamientos quirúrgicos invasivos. En particular, la identificación temprana permite el uso exitoso de ortesis como el arnés de Pavlik, con tasa de éxito superior a 90% cuando se indica en las primeras semanas de vida.

La detección temprana de la DDC ha sido un objetivo institucional durante décadas. En sus inicios, hace poco más de 20 años, el Dr. Redón Tavera<sup>†</sup> organizó un simposio in-

terinstitucional sobre complicaciones del tratamiento tardío de la DDC. Este esfuerzo se consolidó posteriormente con hitos clave: la Guía de Práctica Clínica (2008), el Consenso del Colegio Mexicano de Ortopedia (2011) que demostró los altos costos del diagnóstico tardío y sugirió la radiografía a los tres meses y la NOM-034-SSA-2013, que estableció la obligatoriedad de la exploración intencionada. En diciembre del 2016, una reforma presidencial al artículo 61 de la Ley General de Salud adicionó la fracción V, obligando la realización del tamiz de cadera (ultrasonido o radiografía anteroposterior de pelvis) entre el primero y cuarto mes de vida. Finalmente, es crucial reconocer que un grupo de ortopedistas pediatras de nuestra sociedad, con el apoyo de la Lic. Josefina Vázquez Mota, lograron materializar la inclusión del tamiz de cadera en cartillas nacionales de salud.

En México persisten desigualdades en la aplicación del tamiz de cadera. Entre los principales desafíos se encuentran: acceso limitado a estudio de ultrasonido en zonas rurales, variabilidad en la capacitación de los médicos de primer contacto y el retraso en la referencia a unidades especializadas.

Nuestra sociedad debe asumir la responsabilidad de promover activamente la difusión y cumplimiento de este tamiz.

La DDC exige nuestro apoyo unificado. Por encima de las diferencias institucionales o los intereses particulares, este es un llamado de acción: debemos sumar esfuerzos de manera genuina y colaborativa para asegurar y potenciar el diagnóstico oportuno de la DDC y mejorar significativamente el pronóstico de nuestros pacientes.

Correspondencia: Dr. Silvestre Fuentes Figueroa

E-mail: silverfuentes@me.com

Citar como: Fuentes FS. Tamiz de cadera en la infancia: una estrategia esencial en salud pública. Rev Mex Ortop Pediat. 2025; 27(1-3); 3-4. <https://dx.doi.org/10.35366/121643>

De manera general, y en la medida de sus posibilidades, se sugiere:

1. Capacitación continua de pediatras, neonatólogos y médicos familiares en maniobras de exploración física y criterios de referencia (demostrado por Dra. Olivo en 2016).
2. Implementación estandarizada de protocolos de tamizaje con exploración física universal, ultrasonido y/o radiografía de pelvis.
3. Fortalecimiento del sistema de referencia a unidades con capacidad diagnóstica y terapéutica especializada.
4. Educación a padres y cuidadores, resaltando que el tamiz de cadera es una medida preventiva y no opcional.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Shaw BA, Segal LS; Section on Orthopaedics. Evaluation and referral for developmental dysplasia of the hip in infants. *Pediatrics*. 2016; 138(6): e20163107.
2. Shorter D, Hong T, Osborn DA. Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (9): CD004595.
3. Rosendahl K. Imaging strategies for detection of developmental dysplasia of the hip. *Acta Orthop*. 2018; 89(6): 657-662.
4. Grill F, Bensahel H, Canadell J, Dungal P, Matasovic T, Vizkelety T. The Pavlik harness in the treatment of congenital dislocating hip: report on a multicenter study of the European Paediatric Orthopaedic Society. *J Pediatr Orthop*. 1988; 8(1): 1-8.
5. Secretaría de Salud. Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento oportuno de la displasia del desarrollo de la cadera en menores de 6 meses. México: CENETEC – Secretaría de Salud; 2008.
6. Cymet-Ramírez J, Álvarez-Martínez MM, García-Pinto G, Frías-Austria R, Meza-Vernis A, Rosales-Muñoz ME et al. El diagnóstico oportuno de la displasia de cadera. Enfermedad discapacitante de por vida. Consenso del Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología. *Acta Ortop Mex*. 2011; 25(5): 313-322.
7. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013: para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Diario Oficial de la Federación; 24 de junio de 2014. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegssr/documentos/norma-oficial-mexicana-nom-034-ssa2-2013-para-la-prevencion-y-control-de-los-defectos-al-nacimiento-118923>
8. DECRETO por el que se reforman y adicionan los artículos 61 y 64 de la Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2016. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5465836&fecha=16/12/2016#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5465836&fecha=16/12/2016#gsc.tab=0)
9. Olivo-Rodríguez AG, Redón-Tavera A. Detección temprana clínica y radiológica básica de la displasia congénita de cadera en unidades médicas del primer nivel de atención. *Acta Ortop Mex*. 2016; 30(2): 67-72.