

la prescripción solicite confidencialidad en la dispensación, por lo que, mientras no se establezcan otros procedimientos que aseguran tal confidencialidad, la prescripción en soporte papel será imprescindible.

Bibliografía recomendada

1. Ley Orgánica de 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14 de diciembre de 1999.
2. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, número 315, de 31 de diciembre de 2009.
3. Orden 25 de abril de 1994, por la que se regulan las recetas y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes y especialidades farmacéuticas para uso

humano. Boletín Oficial del Estado, número 105, de 3 de mayo de 1994.

4. RD 1910/1984 de 26 de septiembre, de receta médica. Boletín Oficial del Estado, número 259, de 29 de octubre de 1984.
5. RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Boletín Oficial del Estado, número 17, de 20 de enero de 2011.

X. Miguéns Vázquez

Servicio de Rehabilitación, Hospital de Monforte, Lugo, España

Correo electrónico: xoan.miguens.vazquez@sergas.es

doi:10.1016/j.rh.2011.03.012

Evolución de la limitación de la abducción de la cadera en el recién nacido

Evolution of the limitation of abduction of the hip in the newborn

Sr. Director:

Presentamos dos casos clínicos de limitación de la abducción de la cadera en recién nacidos, así como su evolución posterior.

El primer caso se trató de una niña remitida al día de vida por metatarso aducto. Peso 4.000 g y longitud 50,5 cm. Parto instrumentado con fórceps. A la exploración física inicial se detectó aducto de antepié de grado II bilateral, con abducción de cadera completa. Se realizó una ecografía de cadera a los 15 días de vida y se trató el metatarso aducto con fisioterapia y vendaje corrector. En la revisión a los 15 días, tras reexplorar a la paciente, se encontró un nódulo de 3 × 3 cm en el tercio medio-superior del esternocleidomastoideo (ECM) izquierdo y la abducción de ambas caderas apareció limitada, con el resto de los signos exploratorios negativos. La ecografía de caderas fue normal. Con el diagnóstico de tortícolis muscular congénito y limitación de la abducción de caderas, se indicó doble pañal a tiempo completo y fisioterapia cervical. Se solicitó ecografía de ECM izquierdo y de caderas a los 2 meses, que fue compatible con displasia acetabular con ligera disminución de la cobertura. Con este resultado se inició tratamiento con arnés de Pavlik.

El segundo caso clínico es una lactante remitida para valoración a los 2 días de vida por pie talo valgo y limitación de la abducción de caderas. No se encontraron signos de inestabilidad de caderas y en la exploración del pie se confirmó el diagnóstico de presunción. Se indicó doble pañal a tiempo completo y ejercicios domiciliarios para el pie talo valgo y se siguió el mismo protocolo de actuación que en el caso anterior. Al revisar a la paciente, presentó a la palpación un nódulo en el ECM izquierdo, sin otros cambios con respecto a la exploración anterior, aportando ecografía de

caderas a los 15 días normal. Actualmente sigue revisiones programadas en nuestra unidad.

Es importante el seguimiento de la cadera en el recién nacido para realizar un diagnóstico precoz de displasia del desarrollo de la cadera (DDC), dada su repercusión pronóstica¹. El término DDC implica la existencia de casos posnatales con exploración ortopédica neonatal normal. Por lo tanto, es esencial establecer una vigilancia durante el primer año de vida, o bien hasta que el niño lleve 6 meses deambulando, aunque la exploración inicial sea normal^{2,3}.

Es frecuente la aparición de alteraciones ortopédicas concomitantes, como tortícolis muscular congénito, metatarso aducto, pie zambo y parálisis braquial obstétrica⁴.

Solicitaremos pruebas de imagen en el RN ante un examen físico sin hallazgos, pero con alguno de los factores predisponentes de DDC, o bien ante la presencia o no de factores predisponentes, con examen físico alterado: Barlow, Ortolani, asimetría de pliegues poplíteos y limitación de la abducción².

La ecografía es el método de imagen específico para el diagnóstico de DDC¹, teniendo su máxima indicación por debajo de los 3 meses. La radiografía AP de pelvis la utilizaremos en niños mayores de 3 meses².

Se recomienda instaurar tratamiento en todos los casos, por la seguridad y la eficacia del tratamiento precoz con el arnés de Pavlik¹ (en menores de 6 meses) y la poca frecuencia de inestabilidad clara a la exploración física⁵.

Ante un RN con limitación de la abducción de la cadera la evolución derivará a: a) normalización clínica con ecografía normal; b) persistencia de la limitación de la abducción con ecografía normal; c) oblicuidad pélvica congénita (OPC), con ecografía normal; d) OPC con displasia de la cadera alta, y e) abducción limitada con DDC.

Por lo tanto, un examen neonatal normal no descarta la posterior evolución hacia cualquiera de las anteriores presentaciones clínicas de limitación de abducción de cadera.

Consideramos oportunas, pues, algunas puntualizaciones finales: el médico debe huir de una exploración

orientada en el paciente infantil; ha de ser completa en todas las revisiones⁴, aun siendo repetidamente normal, para permitir un correcto seguimiento y la detección precoz de problemas asociados durante el desarrollo. Si se realiza de forma protocolizada y sistemática, el aumento de tiempo de consulta es asumible y clínicamente rentable.

Bibliografía

1. Vineeta T, Swaroop MD. Difficult-to-Treat Ortolani-Positive Hip. Improved success with new treatment protocol. *J Pediatr Orthop*. 2009;29:224–30.
2. Castelein RM, Korte J. Limited hip abduction in the infant. *J Pediatr Orthop*. 2001;21:668–70.
3. Gelfer P, Kennedy K. Developmental Dysplasia of the Hip: Practice Guidelines. *J Pediatric Health Care*. 2008;22:318–22.

4. Conejero Casares JA. Alteraciones ortopédicas frecuentes en la infancia. En: Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 703.
5. Márquez Navarro J, Fernández Torrico JM, Martínez Llanos R, et al. Tratamiento de la enfermedad luxante de la cadera con el arnés de Pavlik. *Rehabilitación (Madr)*. 2000;34:164–70.

R. Ramos-Moreno*, J. Gentil-Fernández, J.A. Conejero-Casares y C. Martos-Mora

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raqramoreno@hotmail.com
(R. Ramos-Moreno)

doi:10.1016/j.rh.2011.03.018

¿Está cambiando la etiología de la lesión medular?

Is the etiology of spinal cord injury changing?

Sr. Director:

Los estudios llevados a cabo en diversos países respecto a la incidencia de la lesión medular apuntan resultados muy diferentes, oscilando entre 83 y 10,4 pacientes lesionados medulares por millón de habitantes. Estos resultados están influidos por muchas variables, tales como que se incluya a los pacientes con lesión medular fallecidos antes de llegar al hospital y las diversas condiciones geográficas y sociopolíticas del país. Según un trabajo de Wyndaele¹, hasta 2006 la incidencia en los últimos 30 años no se había modificado sustancialmente; en ese estudio se recogieron trabajos de diversos países europeos, norteamericanos, asiáticos y oceánicos. No se encontraron estudios de Sudamérica o África. No se dispone de estudios generalizados a nivel mundial en los últimos 5 años. En cuanto a la etiología de la LM se señala como causa más frecuente la traumática con dos picos de incidencia, uno entre los 15 y 29 años ligados a los accidentes de tráfico² y otro por encima de los 65 años asociado a caídas casuales³. Estas lesiones traumáticas son más frecuentes en los varones, en proporciones variables. Recientes estudios concluyen variaciones significativas en la epidemiología de la lesión medular en relación con una mayor incidencia en las personas ancianas por caídas y afecciones no traumáticas⁴.

En el último Congreso de la Sociedad Valenciana de Rehabilitación y Medicina Física, hemos presentado un estudio acerca de la etiología de la lesión medular en nuestra comunidad entre los años 2001 y 2010⁵. En él se objetiva un total de 505 pacientes. Se decidió separar a los pacientes en dos grupos; al grupo 1 pertenecen los pacientes ingresados entre el 1-1-2001 y el 31-12-2005 y al grupo 2, los pacientes ingresados entre el 1-1-2006 y el 31-12-2010. Las lesiones de etiología traumática siguen siendo las más frecuentes, con 320 (176 grupo 1 y 144 grupo 2) casos, 177 (108 frente a 69) se deben a accidentes de tráfico y 53 (21

frente a 32) a caídas. A partir del año 2006 se objetiva un descenso estadísticamente significativo entre los accidentes de tráfico, disminuyendo desde un 41% en los primeros 5 años del estudio a un 28,5%. Pensamos que esto guarda relación con diversos factores: la industria automovilística ha perfeccionado las medidas de seguridad de los automóviles con innovaciones en estabilidad, sistemas de frenado secuencial, *airbags* y cinturón de seguridad. En nuestro país se ha mejorado la red viaria con la construcción de autovías que conectan las principales ciudades y desde 2006 se ha publicado la nueva Ley de Seguridad Vial, que limita la velocidad e incrementa las sanciones por infracciones de tráfico.

Otra de las cuestiones que hemos conseguido objetivar es un descenso en las lesiones completas de un 74% entre 2001 y 2005, pasando a un 49% en 2006-2010, con diferencias estadísticamente significativas. Pensamos que se debe a un perfeccionamiento en las condiciones de traslado de los pacientes, que evita movilizaciones del foco de fractura raquídea, y a la mejora de las condiciones de oxigenación del foco de lesión medular.

Es previsible que, asociado al descenso de la etiología traumática por accidentes de tráfico, se produzca en años venideros un incremento significativo de las lesiones medulares de etiología médica y de las traumáticas secundarias a caídas en relación con el envejecimiento de la población general.

Bibliografía

1. Wyndaele M, Wyndaele JJ. Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord*. 2006;44:523–9.
2. Albert T, Ravaut JF, Tetrafigap group. Rehabilitation of spinal cord injury in France: a nationwide multicentre study of incidence and regional disparities. *Spinal Cord*. 2005;43:357–65.
3. Pickett W, Simpson K, Walker J, Brison RJ. Traumatic spinal cord injury in Ontario. Canada. *J Trauma*. 2003;55:1070–6.
4. Van den Berg ME, Castellote JM, Mahillo-Fernandez I, De Pedro-Cuesta J. Incidence of spinal cord injury worldwide: a systematic review. *Neuroepidemiology*. 2010;34:184–92.