

COMENTARIOS

¿Influye el uso de una faja para bebé en el desarrollo de la displasia de cadera?

Recientemente se ha producido una tendencia hacia el uso de una faja para ayudar a reducir el llanto y favorecer un sueño sin interrupciones en el recién nacido¹. Pruebas anecdóticas sustanciales han respaldado esta técnica. La mayor parte de estudios han revelado que el uso de estas fajas disminuye el llanto y favorece el sueño en lactantes muy pequeños²⁻⁵, aunque en otros no se ha identificado ninguna diferencia⁶. Se reconoce que el uso de estas fajas es una técnica antigua; sin embargo, recientemente, en Estados Unidos, el Dr. Harvey Karp aumentó su popularidad publicando un famoso libro y un programa de promoción¹. Puesto que los pediatras recomiendan cada vez más su uso en recién nacidos para reducir el llanto y favorecer el sueño, en la comunidad tanto pediátrica como de ortopedia pediátrica se suscita la preocupación de que pueda influir en la tasa de displasia del desarrollo de la cadera (DDC) en esta población.

La DDC se considera uno de los más frecuentes defectos congénitos⁷. En la actualidad suscita un debate continuado si debe o no efectuarse un cribado de la displasia de la cadera⁸⁻¹¹, porque la mayor parte de las presentes en los primeros días de vida se resuelven por sí solas sin tratamiento⁷⁻⁹. Sin embargo, incluso los que no recomiendan un cribado reconocen que la displasia de cadera puede traducirse en una enfermedad degenerativa articular prematura y dolor crónico⁹. La DDC se considera una de las causas principales de reumatismo articular precoz de la cadera¹². El aumento de la tasa de displasia de cadera en el recién nacido daría lugar a una mayor tasa de reumatismo articular precoz en adultos jóvenes.

Se reconoce que el uso de estas fajas es un factor de riesgo de DDC^{11,13-15}. En los ensayos clínicos aleatorizados que han comparado las tasas de llanto en lactantes que usaban y no usaban estas fajas, se excluyó a los recién nacidos considerados con riesgo de DDC^{5,6}. En diversos estudios se ha revelado que, además de los factores de riesgo bien conocidos, como el parto de nalgas y los antecedentes familiares, el antecedente del uso de una faja es uno de los factores de riesgo de DDC¹⁶⁻¹⁸. En algunas culturas donde su uso ha sido especialmente prevalente, se ha observado una mayor tasa de DDC, incluida Arabia Saudí¹⁸, Japón^{15,19}, Turquía¹³ y los indios apaches de Navajó²⁰⁻²². Aunque no está claro si esto se

debe a las variaciones étnicas de la DDC o es consecuencia de la técnica de enfajado, se ha demostrado que un programa de toda la población para reducir el enfajado y favorecer el uso del pañal disminuye la tasa de DDC. En Japón, un programa de toda la nación para evitar la posición en extensión prolongada de las caderas y rodillas en el enfajado dio lugar a una disminución de más de cinco veces en la tasa de DDC^{15,19}.

Sin embargo, ningún estudio ha comparado directamente las tasas de DDC en lactantes enfajados y no enfajados. Tendría que ser un estudio a gran escala. Dada una tasa de DDC mediante ecografía de 25/1.000 lactantes^{8,11}, para demostrar un aumento del proceso en lactantes enfajados hasta 50/1.000 (una tasa del doble) con un valor de *p* del 5% y una potencia del 80%, sería necesario asignar aleatoriamente a 2.000 lactantes²³. Un aumento más modesto de la DDC como consecuencia del enfajado requeriría muchos más niños en el estudio, pero incluso este aumento modesto del riesgo individual de la DDC a nivel de la población se traduciría en miles de casos de reumatismo articular precoz de la cadera.

Según lo afirmado por el Dr. Karp, la eficacia del enfajado es que mimetiza “la sensación de comodidad y bienestar en el útero” y limita el reflejo de Moro, que puede despertar y agravar el estado del lactante¹. Aunque no se ha demostrado como mecanismo, se ha revelado que el enfajado prolonga el sueño del lactante sano^{2,4,14}. La técnica del enfajado presta atención a mantener los brazos fijos a ambos lados del cuerpo de modo que no puedan desplazarse libremente. Sin embargo, incluso el Dr. Karp destaca que “los lactantes enfajados con los brazos extendidos, inmóviles a ambos lados del cuerpo, presentan una flexión importante de ambas piernas...”¹. Los estudios han demostrado una técnica eficaz de enfajado al mismo tiempo que se permite una flexión y abducción de las caderas¹⁴. Permitir que un lactante en el que se usa un enfajado incluso ceñido mantenga la flexión y la abducción de las caderas contribuirá al desarrollo sin riesgos de la cadera neonatal. Al nacer, una evaluación ecográfica prospectiva ha puesto de relieve que alrededor del 17% de caderas de lactantes muestran cierto grado de displasia o inmadurez²⁴. Aunque la mayor parte de estos casos se resuelven sin tratamiento^{7-9,24}, estos lactantes son especialmente vulnerables a una displasia persistente si las caderas no se mantienen en una posición óptima. Los estudios han demostrado que las caderas mantenidas en extensión y aducción favorecen la displasia^{10,13,20} y, si las caderas se mantienen en esta posición, sin tratamiento se resolverán menos DDC. Además, para las caderas neonatales en las que inicial-

Las opiniones expresadas en estos comentarios son las de los autores y no necesariamente las de la American Academy of Pediatrics o sus comités.

mente el examen físico es normal, se ha demostrado que, después del uso de fajas, durante la exploración, se produce un "clic"¹⁵. Se han publicado diversos casos de DDC que han aparecido pocos meses después incluso en lactantes cuya ecografía al nacer era normal^{19,24,25}. El aumento de la DDC como consecuencia del uso de fajas no se identificaría en el recién nacido pero aparecería más tarde o persistiría como consecuencia de la displasia no resuelta. La exploración física de cribado con las maniobras de Ortolani y Barlow (el clásico "clic" audible de la cadera) puede detectar o no a todos los lactantes con DDC⁷, y es preciso considerar para un cribado ecográfico a aquellos en lo que se usa faja de forma persistente. Los lactantes con otros factores de riesgo de displasia de cadera, en particular antecedentes familiares o una posición de nalgas *in utero*, correrían un especial riesgo elevado de agravación de la DDC como consecuencia del uso de estas fajas.

Aunque consideramos que el uso de estas fajas en ocasiones puede ser una técnica eficaz para disminuir el llanto y favorecer el sueño del recién nacido, suscita la preocupación de que pueda dar lugar a un aumento de la displasia de cadera. Los pediatras que atienden a estos recién nacidos deben conocer que estas fajas son un factor de riesgo de DDC. Cuando examinan a estos lactantes para un cribado clínico del proceso han de agudizar su atención cuando efectúan las maniobras de Ortolani y Barlow debido al mayor riesgo. Es probable que este aumento de la DDC afecte a lactantes más que a recién nacidos. En lactantes que ya corren un mayor riesgo del proceso debido a los antecedentes familiares o a un parto de nalgas, es preciso efectuar un cribado mediante ecografía de la cadera según lo recomendado por las directrices de práctica clínica de la American Academy of Pediatrics¹¹ y, si se identifica una displasia, se evitarán estas fajas. Si la ecografía de cribado es normal, se permitirán porque el lactante no corre ningún riesgo. En todos los lactantes cuyos cuidadores usan estas fajas es preciso supervisar la técnica del enfajado para garantizar que las caderas se mantienen flexionadas y en abducción en una posición sin riesgo para el desarrollo de la cadera con la finalidad de reducir el riesgo de DDC en estos recién nacidos.

SUSAN T. MAHAN, MD, MPH, Y JAMES R. KASSER, MD
Department of Orthopedics, Children's Hospital Boston,
Boston, Massachusetts; Department of Orthopedic Surgery,
Harvard Medical School, Boston, Massachusetts,
Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Karp H. The happiest baby on the block. Nueva York, NY: Bantam; 2002.
- Gerard CM, Harris KA, Thach BT. Spontaneous arousals in supine infants while swaddled and unswaddled during rapid eye movement and quiet sleep. *Pediatrics*. 2002;110(6). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/6/e70
- Caiola E. Swaddling young infants can decrease crying time. *J Pediatr*. 2007;150:320-1.
- Franco P, Seret N, Van Hees JN, Scaillet S, Groswasser J, Kahn A. Influence of swaddling on sleep and arousal characteristics of healthy infants. *Pediatrics*. 2005;115:1307-11.
- Van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Engelberts AC, et al. Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. *J Pediatr*. 2006;149:512-7.
- Long T. Adding swaddling to behaviour modification in infant care did not reduce excessive crying in healthy infants < 13 weeks of age at randomisation. *Evid Based Nurs*. 2007;10:42.
- Kocher MS. Ultrasonographic screening for developmental dysplasia of the hip: an epidemiologic analysis (part I). *Am J Orthop*. 2000;29:929-33.
- Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J; Committee on Quality Improvement, and Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Developmental dysplasia of the hip practice guideline: technical report. *Pediatrics*. 2000;105(4). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/4/e57
- Shipman SA, Helfand M, Moyer VA, Yawn BP. Screening for developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2006; 117(3). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/3/e557
- Schoenacker PL, Flynn JM. Screening for developmental dysplasia of the hip. *Pediatrics*. 2007;119:652-653; respuesta del autor 653-4.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. *Pediatrics*. 2000;105: 896-905.
- Harris WH. Etiology of osteoarthritis of the hip. *Clin Orthop Relat Res*. 1986;(213):20-33.
- Kutlu A, Memik R, Mutlu M, Kutlu R, Arslan A. Congenital dislocation of the hip and its relation to swaddling used in Turkey. *J Pediatr Orthop*. 1992;12:598-602.
- Gerard CM, Harris KA, Thach BT. Physiologic studies on swaddling: an ancient child care practice, which may promote the supine position for infant sleep. *J Pediatr*. 2002; 141:398-403.
- Ishida K. Prevention of the development of the typical dislocation of the hip. *Clin Orthop Relat Res*. 1977;(126):167-9.
- Sahin F, Aktu rk A, Beyazova U, et al. Screening for developmental dysplasia of the hip: results of a 7-year follow-up study. *Pediatr Int*. 2004;46:162-6.
- Dogruel H, Atalar H, Yavuz OY, Sayli U. Clinical examination versus ultrasonography in detecting developmental dysplasia of the hip. *Int Orthop*. En prensa 2007.
- Kremli MK, Alshahid AH, Khoshhal KI, Zamzam MM. The pattern of developmental dysplasia of the hip. *Saudi Med J*. 2003;24:1118-20.
- Yamamoto T, Ishida K. Recent advances in the prevention, early diagnosis, and treatment of congenital dislocation of the hip in Japan. *Clin Orthop Relat Res*. 1984;(184):34-40.
- Coleman SS. Congenital dysplasia of the hip in the Navajo infant. *Clin Orthop Relat Res*. 1968;56:179-93.
- Pratt WB, Freiburger RH, Arnold WD. Untreated congenital hip dysplasia in the Navajo. *Clin Orthop Relat Res*. 1982;(162):69-77.
- Rabin DL, Barnett CR, Arnold WD, Freiburger RH, Brooks G. Untreated congenital hip disease: a study of the epidemiology, natural history, and social aspects of the disease in a Navajo population. *Am J Public Health Nations Health*. 1965;55(suppl):1-44.
- Fleiss J, Tytun A, Ury S. A simple approximation for calculating sample sizes for comparing independent proportions. *Biometrics*. 1980;36:343-6.
- Rosendahl K, Markestad T, Lie RT. Ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip in the neonate: the effect on treatment rate and prevalence of late cases. *Pediatrics*. 1994;94:47-52.
- Bialik V, Bialik GM, Blazer S, Sujov P, Wiener F, Berant M. Developmental dysplasia of the hip: a new approach to incidence. *Pediatrics*. 1999;103:93-9.