

ACLARACIONES Y CONCLUSIONES SOBRE ALGUNOS TEMAS DE DISCUSIÓN RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA DE PORTEO ERGONÓMICO

La práctica de porteo ergonómico no supone un tratamiento, sino más bien una forma respetuosa y consciente de acompañar al bebé en cualquiera de sus fases del desarrollo y de sus estados de salud.

1 ¿ES ÚTIL EL DOBLE PAÑAL EN CASO DE INESTABILIDAD O DISPLASIA LEVE?

Se ha visto que el **doble pañal** no es útil para ningún caso de inestabilidad ni de displasia leve. Si la subluxación de la cadera se produce durante el nacimiento, a menudo se corrige espontáneamente y se suele observar su evolución durante dos semanas sin tratamiento (1). En bebés <6 meses de edad si no se resuelve la dislocación, se acepta tratamiento ortopédico como tratamiento de primera línea (2).

2 EN CASO DE DDC, ¿CUÁL ES LA ORGANIZACIÓN ÓPTIMA DE LAS PIERNAS DURANTE LA PRÁCTICA DEL PORTEO ERGONÓMICO?

En caso de un diagnóstico de DDC, aunque sea leve, deberemos seguir siempre las recomendaciones del pediatra. No obstante, en el momento en que hay una displasia diagnosticada, aunque sea esta leve, deberíamos favorecer al máximo la congruencia articular durante la práctica de porteo ergonómico, por lo que buscaríamos colocar los miembros inferiores en 90°-100° de flexión de cadera y en cuanto a la abducción, la rodillas deberían caer en la línea axilar anterior o a 30°-60° de abducción, que más o menos coincide con el ancho de los hombros del bebé (y que suele ser la línea de tracción de las tiras de flexión en caso de tratamiento ortopédico con arnés de Pavlik). Lo más importante en estos casos,

es crear este efecto de flexión de cadera en una posición mantenida abduccida, en lugar de adducida (3), para evitar que la articulación de la cadera se disloque por efecto de la aducción y eso, cuando portemos de forma ergonómica queda garantizado, pues las piernas están siempre contra el cuerpo del adulto que portea (4).

3 ¿EXISTE RIESGO DE NECROSIS AVASCULAR POR UNA ABDUCCIÓN MANTENIDA DE LAS CADERAS DURANTE LA PRÁCTICA DEL PORTEO ERGONÓMICO?

Tras revisión de la literatura, no hemos encontrado estudios que hayan investigado este tema específico durante la práctica de porteo ergonómico.

Procedimos entonces a revisar artículos sobre dicha temática que mantuvieran esta posición de las caderas con diferentes dispositivos ortopédicos con el fin valorar el riesgo de necrosis a vascular observado en estos casos y su posible extrapolación al contexto del porteo. En presencia de DDC, cuando se aplica un arnés tipo Pavlik, la posición en la que se colocan las piernas es un compromiso entre la estabilidad máxima que permita además el desarrollo normal de esta articulación a medida que sucede la remodelación ósea, y el suministro sanguíneo óptimo. Relacionado con el uso del arnés, Ramsey (5) describió la zona de seguridad "T" donde el suministro de sangre de la cadera está al mínimo comprometido, que son esos 90°-100° de flexión y los 30°-60° de abducción (rangos indicados también para practicar el porteo ergonómico). Con estas recomendaciones, la idea es disminuir al máximo el riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral que supone una complicación iatrogénica ortopédica y que se ha visto que no ocurre en la displasia o luxación de la cadera no tratada.

Aunque no hay estudios sobre ello y no se puedan extrapolar los resultados de estos estudios al porteo, podemos pensar que su práctica tampoco supondría un riesgo de necrosis avascular, puesto que, en primer lugar, es una actividad en la que las piernas suelen estar relativamente libres y en segundo lugar, el bebé no es portado 23/24 h al día, por lo que no tiene sus piernas colocadas en la misma posición todo ese tiempo. Concretamente, se ha visto que en caso de

DDC tratada con arnés tipo Pavlik, si la férula se usa y se controla adecuadamente, el riesgo de necrosis avascular es del 1% (5) por lo que si seguimos las recomendaciones en cuanto a los rangos de flexión y abducción de cadera vistos, podríamos pensar que este riesgo derivado de la práctica de porteo ergonómico sería incluso nulo.

REFERENCIAS

- (1) Tarpada, Sandip P. Girdler, Steven J.; Morris, Matthew T. **Developmental Dysplasia of the Hip: a history of innovation.** Journal of pediatric orthopaedics-Part b. mayo 2018;27(3): 271-273.
- (2) Schaeffer EK, Study Group I, Mulpuri K. Developmental dysplasia of the hip: addressing evidence gaps with multicentre prospective international study. Med J Aust. 2018 May 7;208(8):359-364.
- (3) Jones GT, Schoenecker PL, Dias LS (1992) Developmental hip dysplasia potentiated by inappropriate use of the Pavlik harness. J Pediatr Orthop 12:722–726.
- (4) Atalar H, Sayli U, Yavuz OY, Uraş I, Dogruel H. Indicators of successful use of the Pavlik harness in infants with developmental dysplasia of the hip. Int Orthop. 2007 Apr;31(2):145-50. Epub 2006 Apr 7.
- (5) Paton, RW. Management of neonatal hip instability and dysplasia. Early Human Development. Oct 2005; 81(10):807-813.