

# LUXAÇÃO CONGÊNITA DO QUADRIL: UMA ABORDAGEM INICIAL

*CONGENITAL HIP DISLOCATION: AN INITIAL APPROACH*

Kelly A. Pires<sup>1</sup> e Marcia Regina A.C. Melo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna da Graduação. <sup>2</sup>Docente Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP  
CORRESPONDÊNCIA: Kelly A. Pires - R. Monte Alverne 633, Vila Tibério. CEP: 14050-120, Ribeirão Preto – SP. E-mail: kellyap@netsite.com.br

Pires KA, Melo MRAC. Luxação congênita do quadril: uma abordagem inicial. Medicina (Ribeirão Preto) 2005; 38: 143-149.

**RESUMO:** O objetivo do presente estudo foi identificar e analisar as publicações científicas acerca da Luxação Congênita do Quadril (LCQ) através de uma pesquisa bibliográfica. Foram encontrados 41 artigos e constatou-se pela análise que apesar da diversidade e dos distintos parâmetros utilizados pelos autores, as complicações da patologia resultam da deficiência da detecção e do diagnóstico tardio. Considera-se que o conhecimento dessa patologia pela enfermeira possa contribuir com os cuidados e acompanhamento aos portadores, além do treinamento de seus familiares.

**Descritores:** Enfermagem Ortopédica. Luxação do Quadril. Ortopedia. Administração. Assistência.

## 1. INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento das ciências médicas, os avanços nos serviços de saúde, o crescimento da instituição hospitalar e da complexidade dos procedimentos neles realizados, ampliam-se os espaços para a enfermeira. Esta precisa especializar-se cada vez mais junto a sua equipe de modo a qualificar a assistência de enfermagem.

Concordamos que as inovações tecnológicas e os avanços nos serviços de saúde auxiliaram favoravelmente a enfermagem, colaborando nas ações do “cuidar” e do “gerenciar”, mas por si só, não garantem o cuidado com qualidade.

Ao admitir a configuração do processo de “cuidar” e “gerenciar” em enfermagem, um dos aspectos que precisa ser conhecido é o da morbidade hospitalar para estimular a clientela atendida e prover a unidade de inter-

nação com pessoal, material e tecnologia apropriada.

Deste modo, utilizamo-nos do estudo desenvolvido por Melo et al.<sup>1</sup>, que encontrou dentre as Anomalias Congênitas na Unidade de Internação de Ortopedia no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, um número considerável de altas hospitalares em portadores de Deformidade Osteomuscular Congênita, sendo a mais eminente a Luxação Congênita do Quadril (LCQ)<sup>1</sup> (CID Q65)<sup>2</sup>.

A Luxação Congênita de Quadril consiste no deslocamento da cabeça femoral para fora do acetábulo, que pode estar integralmente deslocada ou subluxada, pois geralmente o acetábulo apresenta formato anatômico raso e este pode estar posicionado verticalmente, devido à ausência da pressão normal exercida pela cabeça femoral<sup>3</sup>.

Frente à reduzida literatura no Brasil no campo da enfermagem ortopédica e pediátrica e, consideran-

do a idade destes clientes, a exigência requerida para a assistência de enfermagem e a orientação que deve ser dada aos responsáveis destes para que seqüelas não ocorram, faz-se necessário (re)estruturar e implementar alternativas com vistas a qualificação da assistência de enfermagem prestada, o que justifica a realização deste estudo que é parte do projeto de pesquisa “Reconstruindo a prática assistencial: buscando caminhos para a administração de enfermagem”.

Assim, nesta investigação nosso objetivo foi identificar e analisar as publicações científicas acerca da Luxação Congênita do Quadril.

O conhecimento produzido deverá beneficiar a equipe de enfermagem e os demais profissionais da área de saúde à medida que possibilitará informações para embasar uma melhor atuação junto ao portador desta anormalidade bem como aos seus familiares.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que tende “a desvendar, recolher e analisar as principais contribuições teóricas sobre um determinado fato, assunto ou idéia”<sup>4</sup>. Portanto, atribui-se também como uma abordagem retrospectiva ou literatura corrente onde, “o pesquisador a realiza, via de regra, para verificar se determinado assunto já foi alvo de pesquisa”<sup>5</sup>.

Assim, para a coleta de dados foi elaborado uma Ficha Catalográfica contendo: informações sobre a identificação da publicação (título, autoria, periódico, número, volume, páginas, ano de publicação, procedência do artigo, data de acesso e área profissional do autor); o tipo de metodologia utilizada (exploratória, experimental, descritiva, reflexão teórica, relato de experiência e outros) e a forma de análise aplicada (quantitativa, qualitativa, quanti-qualitativa e outras) como também a síntese do tema pautado (no qual constou de um espaço em branco para a síntese do conteúdo da publicação em questão, no intuito de comparar informações e dados obtidos ao assunto pautado).

Esses dados foram obtidos por consulta, em artigos levantados no período de 1991 a 2003 em periódicos indexados e catalogados em base de dados bibliográficos Lilacs e Medline, tendo a respectiva localização dos artigos, na Biblioteca Central do Campus da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto e em sites (bibliotecas virtuais) e outros; sendo posteriormente submetidos à análise descritiva, em que há “um delineamento da realidade, já que esta descreve, registra, analisa e interpreta a natureza atual (...)”<sup>6</sup>.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados 55 artigos sobre a patologia, no qual deparou-se com 39 artigos (70,90%) de referências internacionais e 16 artigos (29,10%) de fontes bibliográficas nacionais. A maioria volta-se principalmente à área médica, com equivalência de 52 artigos (94,55%), enquanto a área de enfermagem obteve 3,64%, representado por dois artigos. Também foi encontrado um artigo (1,81%), referente à área de fisioterapia. Portanto, ao estabelecer maiores conhecimentos sobre o assunto, aprecia-se uma porcentagem significativa de fontes bibliográficas internacionais, com destaque aos profissionais da área médica. Entretanto, ao equiparar com as bibliografias nacionais, esta se compõe de um número reduzido de artigos, principalmente em relação à área de enfermagem.

Além disso, demonstra-se predomínio de publicações em revistas indexadas no Lilacs e Medline (56,36%), seguido das revistas eletrônicas (29,09%) e de sites da área de saúde via Internet (14,55%).

Em relação ao ano de publicação, este obteve índice equitativo entre o período de 1993 a 1997 e 1998 a 2002 providos de 43,64% cada respectivo período; 9,09% de artigos sem data de publicação; e 3,63% no ano de 1991. Todavia, a metodologia mais utilizada constitui-se a descritiva (74,55%), acompanhada de 21,81% reflexão teórica e 3,64% de relato de experiência, enquanto a forma de análise consta de 74,55% em dados quanti-qualitativo e 25,45% aos dados qualitativo.

Entretanto, ao se considerar a própria terminologia Luxação Congênita do Quadril (LCQ), esta já estabelece uma grande variação em fontes literárias devido à diversidade de delimitações conceituais. Há autores que asseguram que a palavra “congenita” engloba apenas os casos acometidos em período fetal, excluindo aqueles posteriormente ao nascimento<sup>7,8</sup>. No entanto, a Organização Pediátrica dos Estados Unidos da América e a Sociedade Européia de Ortopedia Pediátrica citado por Murcia (1998), propuseram a extensão do termo por considerar um processo dinâmico que decorre durante o desenvolvimento da criança, estabelecendo a terminologia “Displasia do Desenvolvimento de Quadril” (DDQ) ou “Deslocação do Quadril em Desenvolvimento” (DDQ)<sup>9</sup>. Porém Malagón (1998) relata ainda que o termo “displasia” já conduz ao significado de “desenvolvimento”, e assim, o mesmo estaria redundante, sugerindo consequentemente, a nomenclatura de “Displasia do Qua-

dril” (DQ), o qual, não se restringe a uma específica fase de transtorno da articulação, incluindo, portanto, etapas prévias, e também não representa limitações temporais no desenvolvimento do quadril, ocasionado anteriormente pelo termo “luxação”<sup>7</sup>. Apesar disso, Schott<sup>10</sup> relata que somente nos casos teratológicos, no qual o quadril é luxado ao nascimento, deve-se manter o termo luxação congênita do quadril<sup>10</sup>.

De acordo com a definição de Patel<sup>11</sup> a Displasia do Quadril constitui-se “em uma anormalidade anatômica da articulação do quadril que aparece como resultado de um desvio no desenvolvimento normal, durante o período embrionário, fetal e infantil do crescimento”. Contudo Malagón<sup>7</sup> cita que a patogenia pode se estender até a puberdade (aproximadamente 12-13 anos de idade), no qual ocorre o término do desenvolvimento da cavidade acetabular, proporcionando a integridade da posição concêntrica da cabeça femoral. Além disso, Donahoo e Dimon<sup>3</sup> ainda ressaltam que essa anormalidade nem sempre é notada antes que a criança comece a andar, sendo que “a maioria das crianças (...) chega ao ambulatório somente após a idade do início da marcha, muitas por problemas socioeconômicos e outras por falta de diagnóstico precoce”<sup>12</sup>.

Todavia, a discrepância existente na definição da classificação da Displasia do Quadril predispõe variações de parâmetros em cada estudo. O “Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip” (2000) prescreve a seguinte taxonomia: instável (articulação entre o acetábulo e a cabeça femoral é deslocada); subluxado (capacidade de movimentação da cabeça femoral dentro do acetábulo); deslocado ou luxado (constitui a perda completa do contato entre a cabeça femoral e acetábulo); e/ou malformação acetabular. Dentro da classificação de deslocação apresenta-se a divisão em 2 tipos: deslocação teratológica que compromete “in útero”, sendo geralmente associado com desordem neuromuscular, tais como mielodisplasia e artrogripose; e deslocação típica, no qual acomete no período pré-natal ou após nascimento<sup>13</sup>, embora Suzuki<sup>14</sup> afirmasse que “o tipo de deslocação não depende da idade do paciente”.

Em relação à taxa de incidência estima-se também variações percentuais, onde “a maioria dos países desenvolvidos relata uma incidência de 1.5 a 20 casos por 1000 nascimentos, devido em parte, à variação das diferenças no método do diagnóstico e do sincronismo da avaliação”<sup>11</sup>. No entanto, o estudo de Bialik et al.<sup>15</sup> sobre a incidência de Displasia do Qua-

dril obteve um indicativo de 5 quadris afetados por 1000 nascimentos. Schott<sup>10</sup> relata que no Brasil ainda é escasso o número de trabalhos que demonstra a incidência desta patologia e cita Volpon e Carvalho (1985) que encontraram a incidência de 2,31 por 1000 nascimentos em hospital brasileiro de grande porte.

Geralmente, predomina a ocorrência na etnia branca, localizada principalmente em França, Itália, Alemanha, Escandinávia, Canadá, anglo-saxões e seus descendentes; mas também pode acometer no Japão e no Chile. Coincidentemente, Lehmann et al.<sup>16</sup> afirmam que as principais publicações sobre o assunto estão distribuídas nas comunidades nórdicas, européias, anglo-saxões, e seus descendentes. Além disso, a frequência da afecção prevalece no gênero feminino e unilateralmente (quadril esquerdo), sendo encontrado um índice considerável bilateral<sup>10, 17/20</sup>.

Há, ainda, a alta prevalência em primogênitos, em crianças nascidas por cesárea e a posição fetal pélvica nas últimas semanas gestacionais<sup>10, 21, 22, 23</sup>. De acordo com Echenique, Estrada e Gil<sup>23</sup>, a prevalência em primogênitos, decorre do elevado tônus muscular em primíparas e a posição fetal pélvica relaciona-se ao aprisionamento da pelve do feto, em relação a pelve materna, ocasionando uma posição de extrema flexão no quadril, extensão nos joelhos e maior adução, enquanto Sanfeliu e Farriols<sup>24</sup> explicitam que o aumento da afecção em cesárias, consiste na presença de distócias do canal de parto que alteram os diâmetros pélvicos, condicionando inadequação do posicionamento fetal.

Echenique, Estrada e Gil<sup>23</sup> ainda revelam uma alta porcentagem da afecção a partir da 40ª semana de gestação, devido ao tamanho e peso fetal, contudo segundo Montesinos et al.<sup>21</sup> e Milani et al.<sup>20</sup> deve-se desconsiderar o peso ao nascer como fator de risco<sup>20</sup>; e também excluir a predileção da associação com a idade materna e gestacional<sup>21</sup>.

Apesar da falta de maiores esclarecimentos sobre a etiologia é mencionado como causa um processo multifatorial<sup>25</sup>. Todavia, interrelacionam entre si estabelecendo os seguintes fatores: genéticos (genes ligados ao cromossomo sexual), hormonais (hormônios sexuais feminino – estrogênio, progesterona e relaxina que causam o afrouxamento dos ligamentos da cápsula pélvica), mecânicos (oligodrâmnio promove o estreitamento do espaço abdominal, impedindo a versão cefálica do feto) e ambientais (estabelece questões culturais de posicionamento do recém-nascido – com as extremidades pélvicas em extensão e adução total)<sup>22, 26</sup>.

Ao estabelecer os fatores de risco predisponentes, Lehmann et al.<sup>16</sup> evidenciaram três elementos fundamentais: sexo, posição obstétrica ao nascimento e história familiar. No entanto, Esparza et al.<sup>27</sup>, também citam associações com as deformidades ortopédicas e oligodrâmnio.

A determinação do diagnóstico compõe um dos temas mais discutidos na literatura, principalmente relacionado ao exame físico, ultra-sonografia e radiologia, os quais geralmente dispõem de distintos protocolos de programas de avaliação. O processo de detecção conforme Boere-Boonekamp et al.<sup>28</sup> inicia-se na anamnese, através de antecedentes familiares (sexo, etnia, duração da gestação, tipo de parto, posição do feto “in utero”, anormalidades congênicas e história na família de displasia do quadril ou osteoartrite – até 4º grau de parentesco). Porém, Esparza et al.<sup>29</sup> destacam uma seleção diferenciada segundo o sexo, incluindo todas as meninas e os meninos com fatores de riscos, sendo estes determinados de acordo com os parâmetros protocolares estabelecido pelos autores.

Em relação ao exame físico, considera-se para validação: o teste de Ortolani (detecta a existência da luxação), teste de Barlow (determina a instabilidade do quadril), o sinal de Galeazzi (estabelece o encurtamento dos joelhos fletidos) e sinal de Peter (assimetria das pregas inguinal e glútea), porém para obter resultados categóricos necessita da experiência e habilidade do examinador para realização das manobras, pois conforme Palhas e Pires<sup>30</sup> “o exame clínico apresenta acuidade limitada, em função dos diferentes graus de experiência entre os examinadores”<sup>8, 11, 13, 19, 20, 24, 26, 30/33</sup>. Contudo Esparza et al.<sup>27</sup> identificaram que a idade média da criança na detecção diagnóstica é estabelecida por volta de 4,04 meses, porém Garcia<sup>26</sup> ressalta que o diagnóstico deve-se acometer desde o momento do nascimento, sendo destacado por Patel<sup>11</sup> que atribui a manobra de Ortolani e Barlow um teste ineficaz em crianças com idade tardia, por causa do maior tamanho e volume de músculos, além do desenvolvimento de contraturas no quadril<sup>11, 26, 27</sup>. Desta maneira, as manobras realizadas de forma errônea favorecem o índice excedente de falsos negativos e/ou positivos, devido à inexperiência e falta de destreza do avaliador.

No entanto, essas manobras não constituem fator determinante para o diagnóstico e por isso devem ser complementadas com exames de imagem<sup>31</sup>. Todavia, os testes representam destaque indiscutível, pois são responsáveis pelo início de todo o processo dinâmico do tratamento.

Outro método para avaliação da instabilidade do quadril, principalmente em crianças maiores de 4 anos e na afecção bilateral do quadril é o da exploração da marcha pelo sinal de Lloyd Roberts (encurtamento do membro inferior do lado afetado) e de Trendelenburg (determina a integridade da função dos músculos abdutores do quadril), em que a positividade destes promovem uma marcha claudicante, em casos unilaterais, e marcha anserina em bilaterais, podendo desenvolver escoliose lombar ou lordose lombar acentuadas<sup>8,10</sup>. Foram verificadas, também, associações de malformações da Displasia do Quadril como pé equinovaro, pé calcâneo vago, luxação congênita de joelho, síndrome de Down, torcicolo congênito, sindactilia e artrogripose<sup>10, 23</sup>.

No exame de imagem, geralmente preconizam a ultra-sonografia até o princípio do desenvolvimento do centro de ossificação das condroepífises femorais (aproximadamente 4-6 meses) e, após esse período, emprega-se o uso da radiologia. Portanto, a utilização da ultra-sonografia tem como objetivo avaliar a morfologia do acetábulo, como a relação da cabeça femoral ao acetábulo e também da estabilidade do quadril<sup>34</sup>. Há duas indicações para ultra-sonografia citada por Schott<sup>10</sup>: nas crianças que estão em grupo de risco, mas tendo exame físico inconclusivo; e recém-nascidos em tratamento, necessitando confirmação da estabilidade da articulação coxo-femoral<sup>10</sup>.

Além disso, a ultra-sonografia é considerada um método eficaz para avaliação do quadril, devido a sua alta sensibilidade e especificidade, sendo este dependente da experiência do avaliador, que “deve estar familiarizado com a anatomia do quadril e a técnica do exame”<sup>30</sup>. Atualmente, discute-se sobre o momento exato e igualmente a necessidade de exame de ultra-sonografia em todos os recém-nascidos, devido ao custo-benefício, já que uma porcentagem considerável tende a apresentar positividade em Displasia do Quadril no começo e depois normalizar espontaneamente, ou mesmo o inverso<sup>12, 27, 29, 35</sup>.

No entanto, outro método de imagem que permite a visualização da morfologia acetabular, consiste na tomografia computadorizada e na ressonância magnética, que permitem a visibilização da cartilagem articular e das partes moles, o que possibilita de maneira eficiente a detecção e seguimento do diagnóstico, além do controle da redução da luxação em aparelhos gessados. Porém, há um elevado custo no procedimento, limitando sua utilização já que eles necessitam do uso de anestesia geral, em pacientes pediátricos<sup>10</sup>.

Os critérios de tratamento apresentam várias peculiaridades no parâmetro de seleção, produzindo, desta forma, uma diversidade de métodos de tratamento e, conseqüentemente, da sua duração. No entanto, de maneira generalizada, admitem-se os seguintes tipos: suspensório de Pavlik; fralda de Frejka; redução fechada (tração cutânea, peso em posição de Salter); redução com anestesia; artrografia; redução aberta (osteotomia femoral tipo Chiari, Pemberton e Salter); tenotomia percutânea, entre outros<sup>8,11,14,17,24,36,37</sup>. Entretanto, independentemente do tipo de tratamento preconizado entende-se a necessidade de evitar a intervenção cirúrgica, que representa um procedimento agressivo e hostil, resultante preferencialmente do diagnóstico tardio. Como de acordo com Laredo Filho (1995), descrito por Milani et al.<sup>35</sup> “é dever do especialista em ortopedia pediátrica não permitir que as doenças que acometem o quadril numa criança terminem nas mãos dos especialistas em prótese total na fase adulta”<sup>35</sup>.

O diagnóstico tardio, por sua vez, favorece o aparecimento de “Displasia do Quadril Tardia” (DQT), no qual ainda não há um consenso quanto à sua definição. Conforme Esparza et al.<sup>29</sup>, a maioria das publicações utiliza como conceito para a DQT o limiar de idade (após 1 a 6 meses de idade), enquanto que outros autores estabelecem como aqueles que não foram notados pelos programas de avaliação para detecção precoce, principalmente pelo exame de ultrasonografia. Além disso, já aconteceram “múltiplos casos de diagnósticos tardios que não foram detectados no exame clínico de rotina ao nascimento”<sup>9</sup>.

Conforme Pinheiro<sup>25</sup>, existem especulações sobre o diagnóstico tardio de LCQ, como: “ausência do exame físico após o nascimento e antes do início da marcha; deslocamento não presente no nascimento; ineficácia do tratamento administrado; ineficiência do método de exame utilizado; abandono do *follow-up*; possibilidade de um deslocamento futuro, após um exame negativo no berçário; possibilidade de os casos inveterados serem um fenômeno de vida pós-natal; e possibilidade (...) de ser uma entidade comum a países subdesenvolvidos”<sup>25</sup>, apesar de Lehmann et al.<sup>16</sup> afirmarem que esta patologia é mais freqüente nas comunidades nórdicas, européias, anglo-saxões, e seus descendentes.

De acordo com a revisão literária, depara-se com diversas complicações referentes ao tratamento, tais como: necrose avascular, limitação do arco de mobilidade, claudicação, dor, subluxação, desenvolvi-

mento acetabular insuficiente, artrite degenerativa, artrose, osteocondrite tipo I e II, pseudoparalisia e sinovite de quadril<sup>19,36,37</sup>. As taxas de complicações dependem somente da idade da criança na época da terapêutica e do tipo de tratamento, sendo encontrada complicações independentemente da idade<sup>16</sup>.

Portanto, a complexidade circundante desta patogenia reflete principalmente na deficiência da detecção e também pelo diagnóstico tardio, em que já se obtém a maturação da cabeça femoral e a estabilidade do desenvolvimento do acetábulo. Por isso, “quanto mais jovem o paciente, tanto mais seguramente o tratamento terá bom êxito”<sup>38</sup>. Desta forma, concordamos com Borges et al.<sup>39</sup> que relata “o sucesso do tratamento da LCQ depende, fundamentalmente, do diagnóstico precoce e da instalação imediata da terapia”<sup>39</sup>.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de todo o contexto faz-nos refletir através das fontes bibliográficas, a necessidade de um consenso em relação à variedade da terminologia e sua classificação que concerne à patogenia, no qual constitui ampla diversidade e distintos parâmetros.

Em relação, à taxa de incidência embora não tenha um consenso devem-se apreciar os dizeres de Patel<sup>11</sup>, que essa variação atribui às “diferenças no método do diagnóstico e do sincronismo da avaliação”, porém também advém considerar os aspectos e a miscigenação local das comunidades, já que cada população apresenta diferenças na sua composição e regionalidade sendo, que a tese de Laredo (1985), citado por Milani et al.<sup>20</sup> “demostrou ser a patologia um fator racial de herança poligênica”. Apesar da discordância entre os autores, há, também, uma complementação de informações.

Referente ao diagnóstico, o exame de imagem pela ultra-sonografia atribui uma divisão de opiniões: entre a utilização em todas as crianças ou a sua delimitação (todas as meninas e os meninos com fatores de risco), já que muitas crianças que apresentaram Displasia do Quadril obtiveram a inversão para normalidade ou mesmo o contrário. Assim, o custo-benefício para determinar o uso da ultra-sonografia constitui um difícil parâmetro, pois necessita do conhecimento das características definidoras da patogenia, aos quais delimitam o diagnóstico e conseqüentemente definem o tipo de tratamento, estabelecendo uma situação que poderia ser evitada ou amenizada, princi-

palmente ao considerar o relato de alguns autores sobre a in experiência dos profissionais que muitas vezes, através de exame físico ineficaz emitem diagnósticos falso-positivos ou falso-negativos, dificultando a detecção precoce.

Frente aos dados encontrados, concordamos com Donahoo e Dimon<sup>3</sup>, ao mencionarem que “essa falta pode ser evitada, se as enfermeiras, bem como outros membros da equipe de saúde, examinarem rotineiramente todos os recém-nascidos no berçário e em outras situações clínicas semelhantes, em busca dessa anormalidade”.

Por isso, acreditamos ser imprescindível o conhecimento dos princípios da Displasia do Quadril pela enfermeira através das características determinantes da patologia, como também o diagnóstico precoce ainda no berçário; para que a orientação e treinamento aos familiares que constituem os responsáveis e provedores dos cuidados no domicílio sejam feitos ainda antes da alta hospitalar, bem como o acompanhamento da criança durante o tratamento e reabilitação à

enfermidade. Portanto, torna-se evidente a responsabilidade da atuação desta profissional que, neste caso, tem o propósito de resguardar a criança de complicações e seqüelas futuras.

Porquanto, ao considerar as necessidades de um gerenciamento eficiente e conseqüentemente uma assistência contínua, desempenhada pela enfermeira, no intuito de impedir possíveis conseqüências, complicações e seqüelas, evidencia-se que a mesma constitui um elemento importante no fornecimento de subsídios aos portadores de Displasia do Quadril e seus familiares através da ampliação/especialização de seu conhecimento sobre a patologia.

## 5. AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) com vigência de agosto/2003 a julho/2004.

Pires KA, Melo MRAC. Congenital hip dislocation: an initial approach. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2005; 38: 143-149.

**ABSTRACT:** This bibliographic study aimed to identify and analyse scientific publications about Congenital Hip Dislocation (CHD). 41 articles were found. The analysis revealed that, in spite of the diversity and distinct parameters used by authors, complications entailed by this disease result from deficient detection and late diagnosis. For nurses, knowledge about this disease can contribute to patient care and follow-up, as well as to training aimed at family members.

**Keywords:** Orthopedics Nursing. Hip Dislocation. Orthopedics. Administration. Care.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Melo MRAC, Ferraz CA, Souza CR, Lavrador MAS. Estudo da morbidade na unidade de internação de ortopedia. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2000;33: 73-81.
- 2 - Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças CID 10. 10ª revisão. São Paulo:EDUSP;1994.
- 3 - Donahoo CA, Dimon JH. *Enfermagem em ortopedia e traumatologia*. São Paulo:EDUSP; 1979.
- 4 - Galliano AG. *O método científico: teoria e prática*. São Paulo:Mosaico; 1979.
- 5 - Moraes IN, Corrêa Netto A. *Metodização da pesquisa científica*. São Paulo:EDUSP; 1970.
- 6 - Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- 7 - Malagón V. Displasia congênita: dc/ luxación congênita de la cadera: lcc/ luxación de la cadera em desarrollo: lcd (developmental dislocation of the hip: ddh) vs. displasia del desarrollo de la cadera: ddc/ displasia de la cadera: dc. *Rev Col Ortop Traumatol* 12: s/p, 1998. Disponível em: <<http://www.encolombia.com/orto12198displasia.htm>>. [2002 jul 17].
- 8 - Bahena VMA, Aceves DG, García SGL. Luxación congénita de la cadera. *Rev Hosp Jua Mex* 2000; 67: 77-83. Disponível em: <<http://www.imbiomed.com.mx/Juarez/Juv67n2/Ju002-04.pdf>>. [2002 jul 09].
- 9 - Murcia MAR. Programa nacional de promoción del diagnóstico precoz y prevención de la displasia de la cadera em desarrollo del niño em Colombia. *Rev Col Ortop Traumatol* 1998;12: s/p. Disponível em: <<http://www.encolombia.com/orto12198programa.htm>>. [2002 jul 17].
- 10 - Schott PCM. Displasia do desenvolvimento do quadril e luxação displásica do quadril. *Rev Bras Ortop* 2000; 35: 1-6.

- 11 - Patel H, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of hip in newborns. *Can Med Assoc J* 2001;164: 1669-77. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/12/1669.pdf>>. [2002 jul 26].
- 12 - Milani C, Laredo Filho J, Ishida A, Ascêncio JB, Júnior MN. A ultra-sonografia do quadril do recém-nascido pelo método de Graf. *Rev Bras Ortop* 1993; 28: 25-32.
- 13 - 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.
- 14 - Suzuki S. Ultrasound and the Pavlik harness in CDH. *J Bone Joint Surg Br* 1993;75: 483-7.
- 15 - 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.
- 16 - Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J. Developmental dysplasia of the hip practice guideline: technical report. *Pediatrics* 2000; 105: 1-25. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/4/e57>>. [2002 ago 01].
- 17 - Turriago CA, Perez N. Evaluación del procedimiento de Klisic em luxación de la cadera em desarrollo em niños mayores de 3 años. *Rev Col Ortop Traumatol* 1996;10: s/p. Disponível em: <<http://www.encolombia.com/orto10296evaluacion.htm>>. [2002 jul 17].
- 18 - Alfonso MG, Sarandeses JIA, Rodrigues REL. Enfermedad luxante de la cadera. Nuestra experiencia. *Rev Mex Ortop Traumatol* 1999; 13: 29-35. Disponível em: <<http://bvs.insp.mx/artemisa/1999/r28/n01/a07.htm>>. [2002 jul 17].
- 19 - Suarez GG, Guitierrez OF, Garcia FJG, Elena JF. Complicaciones em el tratamiento de la luxación congénita de cadera com arnés de Pavlik. *Rev Ortop Traumatol* 2000;44: 444-6. Disponível em: <<http://db2.doyma.es/pdf/129/129v44n5a10018187pdf001.pdf>>. [2002 jul 09].
- 20 - Milani C, Napoli MMM, Laredo Filho J, Ishida A, Satoshi S. Estudo ultra-sonográfico de 400 quadris em crianças com até nove meses de idade pelo método de Graf. *Rev Bras Ortop* 1993;28: 20-4.
- 21 - Montesinos JA, Mata GS, Román J, Satrustegui F, Clerigüé N, Villaizan C, Sánchez-Valverde F. Enfermedad luxante de la cadera: aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos. Utilidad de la ecografía como método de screening. *An Sist Sanit Navar* 1997;20: 65-70. Disponível em: <<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/suple3/suple10.html>>. [2002 jul 17].
- 22 - Romero CV, Frades JP, Gallardo MDJ. Luxación congénita de cadera: hipótesis sobre su etiología. *Enfermería Integral*. 1999 1º trimestre; n 48. Disponível em: <<http://www.enfervalencia.org/ei/articulos/articulos09.htm>>. [2002 jul 14].
- 23 - Echenique RJ, Estrada EMG, Gil, JMG. Enfermedad del desarrollo de la cadera. *Rev Cubana Ortop Traumatol* 2000;14: 7-11. Disponível em: <[http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol13\\_1-2\\_00/ort021-2002.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol13_1-2_00/ort021-2002.pdf)>. [2002 jul 13].
- 24 - Sanfeliu LP, Fariols ME. Luxación congénita de cadera. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, s/d. Disponível em: <<http://www.pulso.com/secot/35.htm>>. [2002 jul 17].
- 25 - Pinheiro PCMS. A luxação congénita inveterada do quadril: histórico, considerações e aspectos do tratamento. *Rev Bras Ortop* 1993;28: 17-9.
- 26 - Garcia MA. Importância de la detección oportuna de las displasias de la cadera em desarrollo (DCD) (luxación congénita de la cadera). *Asociación Mexicana de Pediatría – Foro Pediátrico*. 2000; tomo 1, n 4. Disponível em: <<http://www.amp.org.mx>>. [2002 jul 20].
- 27 - Esparza J, González A, Mellado M, Cordero JL, García S, Elso J. Diagnóstico precoz de la displasia de desarrollo de la cadera: experiencia aplicando um sistema de cribado ecográfico selectivo. *Radiología* 1999;41: 175-9. Disponível em: <<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13004512>>. [2002 jul 27].
- 28 - Boere-Boonekamp M M, Kerkhoff T H M, Schuil P B, Zielhuis G A. Early detection of developmental dysplasia of the hip in the Netherlands: the validity of a standardized assessment protocol in infants. *Am J Public Health* 1998; 88: 285-8.
- 29 - Esparza J, González A, García S, Elso J, Cordero J L. Diagnóstico precoz por ultrasonidos de la displasia de desarrollo de la cadera: importância Del seguimiento de los casos com inmadurez fisiológica. *Radiología* 1999;41:557-61, 1999. Disponível em: <<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13004583>>. [2002 jul 27].
- 30 - Palhas TAG, Pires MEE. Luxação congénita do quadril: ultra-sonografia e radiologia. *Rev Bras Ortop* 1991;26: 313-6.
- 31 - Hansson G, Jacobson S. Ultrasonography screening for developmental dysplasia of the hip joint. *Acta Paediatr* 1997;86: 913-5.
- 32 - Baronciani D, Atti G, Andiloro F, Bartesaghi A, Gagliardi L, Passamonti C, Petrone M, Group DDH Project. Screening for developmental dysplasia of the hip: from theory to practice. *Pediatrics* 1997;99:1-5. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/2/e5>>. [2002 jul 26].
- 33 - Jomha NM, Mcivor J, Sterling G. Ultrasonography in developmental hip dysplasia. *J Pediatr Orthop* 1995;15: 101-4.
- 34 - Hernandez RJ, Cornell RG, Hensinger RN. Ultrasound diagnosis of neonatal congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 1994;76: 539-43.
- 35 - Milani C, Ishida A, Pinto JA, Dobashi ET, Viveiros MEM. Avaliação clínica e radiográfica de pacientes com luxação congénita inveterada do quadril submetidos ao tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ortop* 1999;34: 27-35.
- 36 - Avila GA. Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de la cadera vía interna. *Rev Col Ortop Traumatol* 1998; 12:s/p. Disponível em: <<http://www.encolombia.com/orto12198tratamiento.htm>>. [2002 jul 16].
- 37 - Perales VM, Taverner MS, Molto FL, Casas LM, Navarro JEA. Tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera com el arnés de Pavlik después del período neonatal. *Rev Ortop Traumatol* 1998;42: 115-9, 1998. Disponível em: <<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13007074>>. [2002 jul 16].
- 38 - Pitzen P, Rössler H. Manual de ortopedia. São Paulo:Atheneu; 1981.
- 39 - Borges JL, Milani C, Kuwajima SS, Laredo Filho J. Tratamento da luxação congénita de quadril com suspensório de Pavlik e monitorização ultra-sonográfica. *Rev Bras Ortop* 2002;37: 5-12.

Recebido para publicação em 27/07/2004

Aprovado para publicação em 21/03/2005