

11237  
296



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
DIVISION DE PEDIATRIA

FRECUENCIA DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO  
DE LA CADERA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE  
MEXICO.

T E S I S  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA  
P R E S E N T A :  
DRA. MINERVA REYES GARCIA

ASESOR DE TESIS: DR. ALFREDO ULLOA RICARDEZ  
DIRECTOR DE TESIS: DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

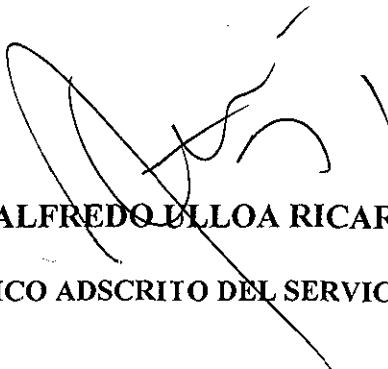


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**DR. ALFREDO LILLO RICARDEZ.**

**MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.**

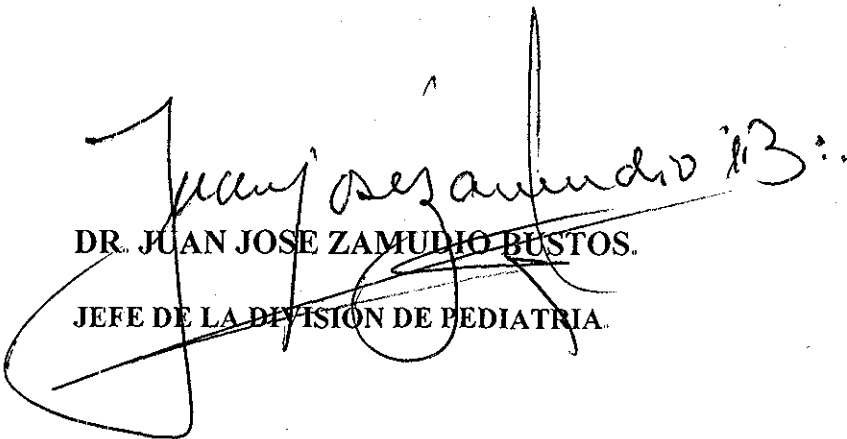


**SECRETARIA DE SALUD**

**DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA**

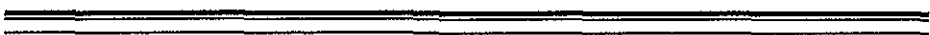
**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
DIVISION DE ENSEÑANZA**

**JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**



**DR. JUAN JOSE ZAMUDIO BUSTOS.**

**JEFE DE LA DIVISION DE PEDIATRIA.**



---

---

## AGRADECIMIENTOS.

A Dios por haberme dado la salud y la fuerza necesaria para llegar al lugar donde estoy.

A mi esposo y a mi hija por haberse sacrificado con mi ausencia y otorgarme su amor incondicional.

A mis padres por su apoyo y respaldo que siempre me han otorgado.

A mis hermanos por el amor y confianza que me tienen.

Al Dr. Ulloa por su colaboración en la realización de este trabajo.

A todos los pacientes ya que gracias a ellos obtenemos nuestros conocimientos.

---

---

**INDICE.**

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>1</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>10</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	<b>11</b>
<b>DISEÑO DEL ESTUDIO</b>	<b>12</b>
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>13</b>
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>14</b>
<b>VARIABLES CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS</b>	<b>15</b>
<b>RECURSOS Y ASPECTOS ETICOS</b>	<b>16</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>17</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>25</b>
<b>HOJA DE RECOLECCION DE DATOS</b>	<b>28</b>

---

---

---

---

## ANTECEDENTES

Se conoce como Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) a la pérdida en distintos grados de las relaciones anatómicas normales entre los componentes articulares durante las etapas embrionaria y fetal, durante el parto, en los primeros meses de vida e incluso después, y cuya persistencia produce ruptura mecánica del equilibrio de la balanza de Pawels, la cual si no es tratada adecuadamente puede causar limitación de la capacidad funcional de la cadera, con claudicación de importancia variable y dolor articular en edad mayor, así como deformación de la columna y de la pelvis.

El término de luxación congénita de la cadera ya no se recomienda, ya que los casos congénitos propiamente dichos son los menos comunes.

---

---

---

---

La definición de la displasia del desarrollo de la cadera, anteriormente llamada dislocación congénita de la cadera, es un tema complejo y controversial. Determinar la incidencia de la DDC basados en definiciones inciertas es confuso y los datos en la literatura sobre el tema varían ampliamente, principalmente como consecuencia de la diversidad en los criterios de inclusión y exclusión .

El estudio clínico rutinario en recién nacidos (RN) y lactantes, como fué referido, principalmente, por Ortolani, Von Rosen y Barlow , y particularmente la introducción de métodos sonográficos por Graf y cols. Harcke y col. Suzuki y col. Y Terjesen y col. para estudios en RN tuvieron una mayor ventaja en el diagnóstico más preciso en el periodo neonatal. Sin embargo , se llegó a sobrediagnosticar esta patología en RN , fallando así en determinar la incidencia real. Además , el problema de coxartrosis atribuible a la DDC continuó sin resolverse.

---

---

La etiología de la DDC no tiene aún una respuesta completa y definitiva; actualmente se señalan como responsables a múltiples factores que van desde los filogénico-antropológicos y hereditarios hasta los ambientales intra y extrauterinos, y muy especialmente, la combinación en grados variables de algunos de ellos.

En la actualidad, la DDC existe prácticamente en todas las latitudes y razas, en algunas en forma escasa, como en la raza negra del África y en los habitantes de los climas tropicales. En otras es muy frecuente, como sucede entre los indios americanos ( 30 x 1000 nacidos vivos) y en los esquimales. En los países europeos la frecuencia es de 2 a 3 x 1000 nacidos vivos. En el norte de Italia es mayor y en Alemania es de 3 x 1000 nacidos vivos.

En México Beltrán señala que la luxación en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 1 del IMSS tiene una frecuencia de 2 x



---

---

1000 nacidos vivos, y Chávez Rojas, en el hospital No. 3 de la misma institución, indica que es de 1.3 x 1000 nacidos vivos.

Es más frecuente en el sexo femenino y en nacimientos pélvicos. La clasificación anatomopatológica de la DDC se puede agrupar en a) Cadera Luxable, b) Cadera Subluxable (displasia), c) Cadera subluxada y d) Cadera luxada.

Antes de la marcha , este padecimiento es aparentemente asintomático; no hay deformaciones, actitudes anormales ni limitaciones de movilidad fácilmente apreciables. Es frecuente que pase inadvertido hasta que, durante la marcha, los familiares se alarman por la claudicación típica.

El diagnóstico y el tratamiento tempranos de la cadera luxable o subluxable en menores de un año es lo ideal.

---

---

De los signos clínicos más conocidos de Ortolani, descrito en 1937, por Marino Ortolani, pediatra Italiano, es el más útil en el recién nacido y en el lactante hasta los 3 meses; después puede desaparecer aunque persista el defecto de la cadera.

El signo consiste en la percepción de un chasquido más palpable que audible en la cadera problema al efectuar la maniobra. El examinador toma ambos miembros, uno con cada mano, colocando las rodillas entre los pulgares e índices y flexionando la cadera hasta los 90 grados sin rebasarlos. Apoyando la palma de la mano sobre la rodilla flexionada y los demás dedos a lo largo del fémur, con la punta del tercer dedo hacia el trocanter se procede a fijar firmemente la cadera opuesta, haciendo ligera presión en la rodilla hacia la mesa. La cadera que se examina también se presiona en sentido vertical e inmediatamente después se realizan los movimientos suaves de aducción y abducción, buscando el chasquido causado por la cabeza al saltar el labrum cartilaginoso.

---

---

Barlow describió en 1962 una modificación al signo de Ortolani, que algunos afirman es más sensible y útil en el recién nacido, aunque otros lo consideran como complementario, consiste en tomar el lado que se va a explorar con la mano correspondiente a lo largo del fémur, entre el dedo medio situado sobre el gran trocánter y el pulgar sobre el trocánter menor, en forma similar al de Ortolani. Se coloca el miembro en flexión de cadera a más de 90 grados y en máxima de rodilla y se lleva a 45 grados de abducción. Previamente, con la otra mano se fija la pelvis, ya sea a través de la otra rodilla estática en igual posición o más firmemente, fijando la pelvis con el pulgar en el pubis y el resto de los dedos en el sacro, apoyado sobre la mesa. Finalmente, se efectúan movimientos del fémur de adelante hacia atrás, buscando el juego propio de la inestabilidad. Si el signo es positivo se percibe juego anormal, la cabeza se desplaza antero y posteriormente (sale y entra en el acetábulo), a veces acompañada de un pequeño chasquido, lo que indica cadera luxable con la misma fisiopatología que en el signo de Ortolani.

---

---

**El signo no es perceptible en las caderas llamadas duras o estables.**

**Signo de Galeazzi. Acortamiento manifiesto del fémur, a juzgar por las diferencias de los niveles de las rodillas, con estas y las caderas flexionadas en ángulo recto y el lactante en una mesa de exploración firme y plana.**

**Signo de Trendelenburg, el pequeño se yergue sobre la cadera luxada, la pelvis cae hacia el lado normal opuesto por debilidad de lo abductores de la cadera.**



a-



b-

a b  
*Signo de Ortolani.*



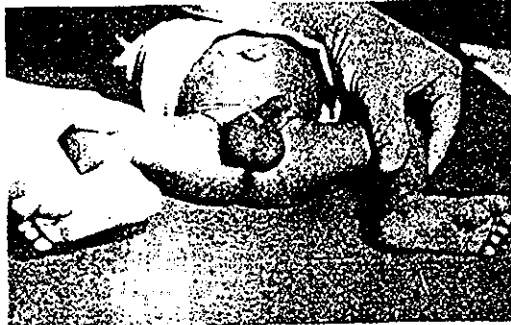
*Signo de Bartou.*



*Signo de Bartou.  
Explorado con técnica de Laureson.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Signo de la limitación de la abducción.  
(ABDUCCION NORMAL).*

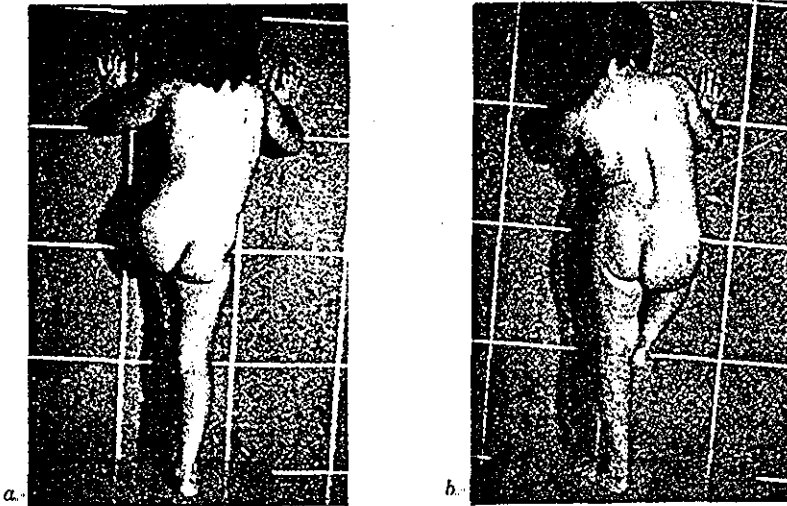


*Signo del piston.*



*Signo de Galeazzi.*

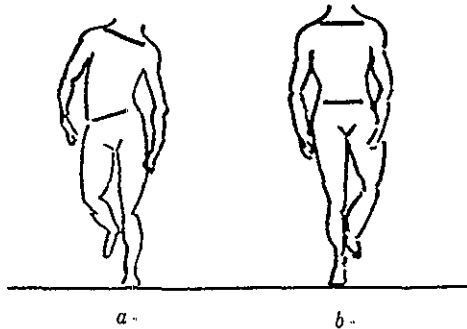
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



SIGNO DE TRENDELEMBURG

a. Cadera normal apoyada, cadera contraria elevada.

b. Cadera luxada izquierda signo de Trendelenburg presente. caída de la pelvis en el lado contrario al apoyado.



SIGNO DEL BALANCEO DEL TRONCO (DUCHENNE)

a. Al apoyar la cadera luxada.

b. No hay balanceo al apoyar la sana.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

---

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

**La DDC es un padecimiento cuya frecuencia es variable con grave afección ortopédica, que puede ser detectada y corregida en etapas tempranas de la vida. En el hospital Juárez de México no se conoce cual es al frecuencia y evolución de este padecimiento y por lo mismo no se sabe el tipo de tratamiento, quirúrgico o no, que se realiza. Este desconocimiento nos impulsa a investigar todo lo referente a esta patología ortopédica pediátrica en nuestro hospital.**



---

---

## **OBJETIVO**

**1.-Conocer la frecuencia de la DDC en los recién nacidos que son atendidos en el área de neonatología del hospital Juárez de México.**

**2.-Conocer la edad de detección de DDC.**

**3.Conocer la evolución y el tratamiento requerido en los pacientes con DCC en el Hospital Juárez de México.**

---

---

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron en forma retrospectiva prospectiva, 59 casos reportados en la consulta externa de pediatría y ortopedia desde 1998 hasta el 2002. Así como también los casos detectados en las salas de neonatología de probable displasia del desarrollo de la cadera y continuar su seguimiento por 1 año o más. Recabar datos de todos estos casos en una hoja de recolección de datos ( anexo 1) para identificar los factores predisponentes, la fecha de detección y la evolución con respecto al tratamiento de las DDC. Los datos se recolectaron en una hoja especial ( anexo 1) y se vaciaron en una base de datos del programa SPSS v.10 para realizar el análisis respectivo.

---

---

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se obtuvieron frecuencias simples y porcentajes. Así como mediana como medida de tendencia central e intervalos como medidas de dispersión.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO**

### **Serie de Casos.**

**Es un estudio observacional, ambispectivo (retro y prospectivo),  
reporte de una serie de casos.**

---

---

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

**Paciente con sospecha o diagnóstico de displasia del desarrollo de la cadera en edad pediátrica, identificados en las salas de neonatología o en la consulta externa de ortopedia en el Hospital Juárez de México del año de 1998 al 2002 .**

---

---

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

**Pacientes con sospecha o diagnóstico de DDC cuyo expediente no se encuentre en archivo clínico del Hospital Juárez de México.**

---

---

**VARIABLES CUANTITATIVAS:**

**Edad al diagnóstico**

**Edad del paciente**

**Edad materna**

**Edad al inicio del tratamiento**

**Número de gestación**

**VARIABLES CUALITATIVAS:**

**Sexo**

**Vía de nacimiento**

**Presentación obstétrica**

## **RECURSOS**

### **Expedientes del archivo clínico del Hospital Juárez de México**

#### **ASPECTOS ETICOS**

**Es un estudio descriptivo de los pacientes con displasia del desarrollo de la cadera, por lo que no requiere consentimiento informado de los pacientes en estudio o de sus tutores.**



---

---

## RESULTADOS

Se estudiaron 59 pacientes con displasia del desarrollo de la cadera, atendidos en el Hospital Juárez de México desde enero de 1998 hasta agosto del 2002. 14 pacientes fueron nacieron en el Hospital Juárez de México y 45 nacieron en otros hospitales.

10 pacientes fueron del sexo masculino (17%) y 49 del sexo femenino (83%). (Grafica 1)

La vía de nacimiento en 27 pacientes fue vaginal ( 46%), 14 nacieron por cesárea (24%) y en 18( 30%) pacientes se desconoce. (Grafica 3)

Se encontró dominio de presentación obstétrica cefálica (33 pacientes) en comparación con 5 pacientes que tuvieron presentación pélvica, sin embargo en 21 pacientes no se conoció la presentación obstétrica. La mayoría de los pacientes fueron de

---

---

primera o segunda gestación y la edad materna en la gran mayoría fue menor de 25 años ( 26 %). (Grafica 4 y tabla 1)

En los pacientes que nacieron en el hospital Juárez de México, la edad en que se realizó el diagnóstico fue antes de los 3 meses, con escaso seguimiento de los mismos. En los pacientes que nacieron fuera del Hospital el diagnóstico se hizo entre el 1ro. y 2do. año de vida ,de los cuales 9 pacientes ( 15 % ) tuvieron claudicación en la marcha como secuela principal. (Tabla 2 y 3)

Los principales signos encontrados en los pacientes con DDC fueron en orden de frecuencia Ortolani, Galeazzi, Barlow y Trendelenburg. El estudio radiológico utilizado en la mayoría de los pacientes fue la ateroposterior de cadera, en las cuales se encontraba el núcleo de osificación de la cabeza del fémur fuera del cuadrante inferior, esta alteración radiográfica se encontró en el 100% de los pacientes lo que confirmaba el diagnóstico (Tabla 4).

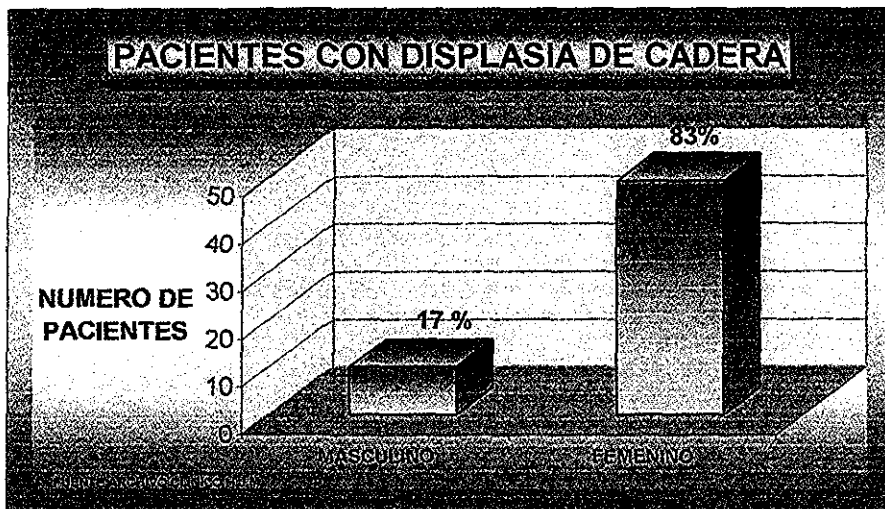
---

---

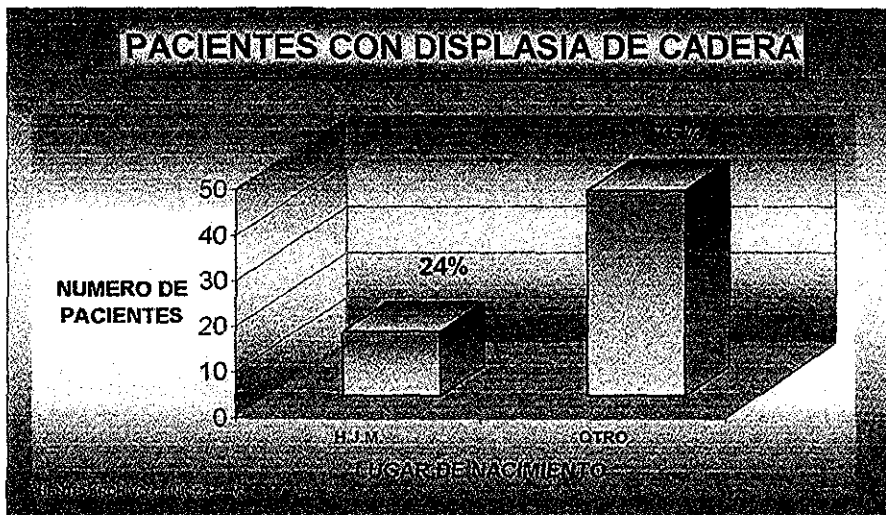
El tratamiento recibido por estos pacientes fue quirúrgico en 43 casos ( 73 %) conservador en 2 casos ( 3% ) y 14 ( 24% ) no recibieron tratamiento. (Tabla 5).

Al momento de la revisión de los expedientes encontramos pocos pacientes con un seguimiento completo por lo que no se pudo conocer la evolución posterior al tratamiento quirúrgico. Estos pacientes continuaban en rehabilitación. Se registraron solamente 6 pacientes con evolución satisfactoria posterior al tratamiento y con alta del servicio de ortopedia.( Tabla 6).

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

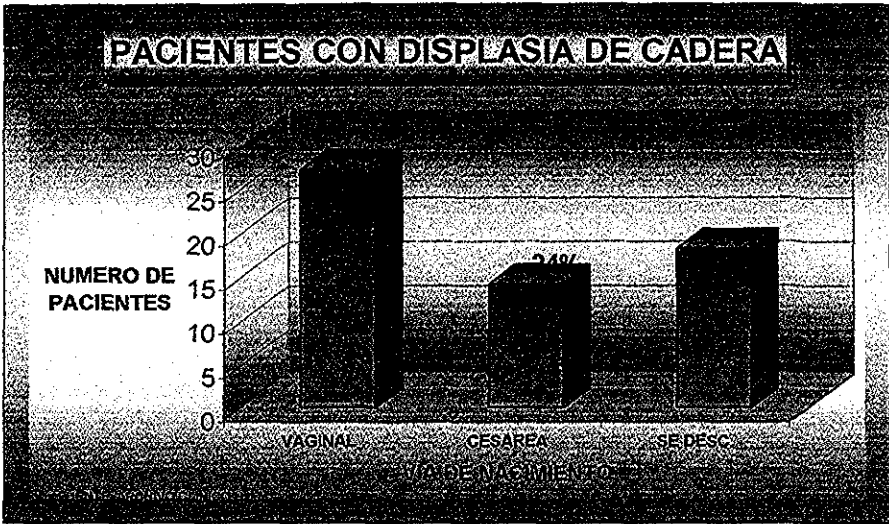


GRAFICA 1

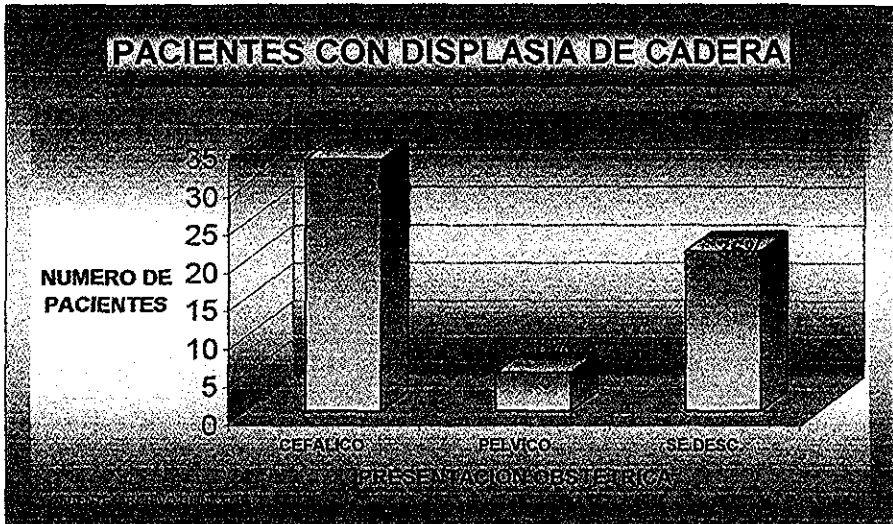


GRAFICA 2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



GRAFICA 3



GRAFICA 4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### NUMERO DE GESTACION

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GESTA I	15	25%
GESTA II	15	25%
GESTA II Ó MAS	10	17%
SE DESCONOCE	19	32%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

TABLA 1

### EDAD DE DIAGNOSTICO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
O A 3 MESES	19	32%
4 MESES A 1 AÑO	3	5%
1 A 2 AÑOS	28	47%
2 A 3 AÑOS	2	3%
3 O MAS	7	12%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

TABLA 2

**TIEMPO DE TRATAMIENTO**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1 MES A 1 AÑO</b>	<b>13</b>	<b>22%</b>
<b>1 A 2 AÑOS</b>	<b>12</b>	<b>20%</b>
<b>3 Ó MAS AÑOS</b>	<b>4</b>	<b>7%</b>
<b>SE DESCONOCE</b>	<b>30</b>	<b>51%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

TABLA 3

**SIGNOS CLINICOS**

	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>
<b>BARLOW</b>	<b>23</b>
<b>ORTOLANI</b>	<b>30</b>
<b>GALEAZZI</b>	<b>26</b>
<b>TRENDELEMBURG</b>	<b>11</b>
<b>MARCHA DE DUCHE</b>	<b>18</b>

TABLA 4

**TRATAMIENTO**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QUIRURGICO	43	73%
CONSERVADOR	2	3%
SIN TRATAMIENTO	14	24%
TOTAL	59	100%

TABLA 5

**ALTA**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	10%
NO	41	69%
SE DESCONOCE	12	20%
TOTAL	59	100%

TABLA 6



**SECUELAS**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MARCHA NORMAL</b>	<b>17</b>	<b>29%</b>
<b>CLAUDICACION</b>	<b>9</b>	<b>15%</b>
<b>SE DESCONOCE</b>	<b>33</b>	<b>56%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

TABLA 7

---

---

## DISCUSIÓN.

La displasia del desarrollo de la cadera tiene diferentes referencias de frecuencia ya que los métodos diagnósticos no son muy específicos y sensibles. Se revisaron a los pacientes con displasia del desarrollo de la cadera que fueron diagnosticados clínica y radiológicamente y atendidos en el servicio de ortopedia de este hospital.

Se encontraron 59 pacientes en un periodo de 4 años, de los cuales 45 fueron nacidos en otros hospitales y solo 14 pacientes en este hospital, tomando un aproximado de 14,600 nacidos vivos, se encuentra una frecuencia 0.095% lo que sugiere que hace falta mas énfasis en el seguimiento de estos pacientes diagnosticados tempranamente, posiblemente algunos pacientes podrían haber sido atendidos en otros hospitales por lo que la frecuencia real de este padecimiento es muy difícil de saber.

---

---

La mayoría de los pacientes acudieron al servicio de ortopedia cuando había alteraciones de la marcha; sin embargo el mayor porcentaje del diagnóstico se había hecho antes de los 3 meses de edad (tabla 2).

Como en el resto de las demás series reportadas se encontró un predominio del sexo femenino 83% ( grafica 1) y la mayoría hijos de madres jóvenes menores de 25 años, en su primera o segunda gestación. ( tabla 1 ).

Otros factores asociados como son la vía de nacimiento y la presentación obstétrica cefálica se encontró en un 56 y 46 % respectivamente, sin embargo en 30% más o menos no se conoció el dato, por lo que estos porcentajes podrían variar de acuerdo a ello.

Encontramos también los signos de Galeazzi, Barlow, Ortolani y Trendelenburg como los mas frecuentes en este padecimiento y

---

---

en la mayoría de los casos el estudio radiológico fue positivo en cuanto alteraciones del ángulo acetabular. El estudio radiológico fue realizado después de los 3 meses de edad .

En revisiones anteriores se ha reportado que los estudios radiológicos antes del mes de edad son negativos, lo que no descarta una evolución en los siguientes meses de signos clínicos y radiológicos ya importantes de la enfermedad, por lo que en estos pacientes se sugiere seguimiento estrecho mensual durante el primer año de vida para detectar tempranamente, confirmar el diagnóstico y dar tratamiento oportuno, ya que el tratamiento que se da antes de que el paciente comience a caminar por lo general es en forma conservadora, utilizando el cojín de Frejka, colchón de Putti o férula de Rosen y en cuanto a mayor es la edad del paciente mayor será la necesidad de corrección quirúrgica.

---

---

Como su nuevo nombre lo indica es una enfermedad evolutiva y que en la gran mayoría de los casos no es congénito y cuando esto sucede se relaciona con alguna genopatía o síndrome congénito.

De los 59 casos encontrados en este hospital fueron 73% quirúrgicos (tabla 6) y de estos las secuelas con claudicación en la marcha se presentó en el 15 % (tabla 7) lo que probablemente se pudo evitar si se hubiera dado tratamiento oportuno mas temprano.

En el HJM se planea llevar un seguimiento mas estricto de los pacientes detectados con displasia del desarrollo de la cadera en las salas de neonatología, registrando dirección y teléfono para un seguimiento mas estrecho y poder conocer la frecuencia real y sus complicaciones.

---

---

## CONCLUSIONES.

Se detectaron 59 pacientes con displasia del desarrollo de la cadera en un periodo de 4 años, pero la forma de referencia de estos pacientes es diferente por lo que no se conoce la frecuencia real de este problema en el H.J.M.

La edad al diagnóstico en los 59 pacientes atendidos en la consulta externa con DDC, fue a una edad recomendable antes del primer año de vida, sin embargo muchos pacientes se diagnosticaron después de esa edad con una evolución clínica no satisfactoria hasta en un 15%.

El tratamiento en la mayoría de los pacientes fue quirúrgico y la evolución de estos pacientes en general fue satisfactoria en el 10% de los casos, el resto de pacientes aún se encuentran en rehabilitación y seguimiento del servicio de ortopedia.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Víctor Bialik MD, Gadi M. Bialik, Sarga Blazer, Polo Sujov, Fred Wiener, Moshe Berant. Developmental Dysplasia of the Hip : A new approach to Incidencia. Pediatrics 1999; 103(1) .
  
- 2.- M. Fraga, J. L. Villar, M. Conde Corbal, FJ Cázares, B. Collarte y F.Martinón. Displasia congénita de la cadera. Rev. Esp. Pediatr., 1982; 38(5): 337-348.
  
- 3.- Viktor Bialik MD. Y cols. Developmental Dysplasia of the Hip: A New Approach to Incidence. Pediatrics 1999, vol 103 (1) :
  
- 4.- Ortolani, M. Les states preparatoires de la luxación congenitale de la hanche. Anatomia arthografie et traitmen prophylactique correctiv.rev.Orthop.,1949.
  
- 5.- Queipo de Llano, A. Luxación congénita de la cadera, Ed. Universidad de Málaga, Málaga.1980, 1ª ed. pag.114.

- 6.- Garrido. H. De Diego, J. A. Alonso, T. Arizcun, y Cerdan, J. Estado Actual de luxación congénita de la cadera, Rev. Clin. Esp, 158:87,1980.
- 7.- Dubousset, J: displasies et luxation congenitales de la hanche aviant l' age de la marciia. Enciclopedia medico quirurgicale; 51-77, 1976.
- 8.-Valdirio C: asistencia del recién nacido y salud pública. Fundación del niño, 5: 630-637, 1986.
- 9.-Barlow, T, congenital dislocation of the hip, hospital med, 2: 571, 1968.
- 10.- Ogden, J. A. y Moss, H. L. Pathologic anatomy of congenital hip disease, progress in Orthop. Surg, 2:, 3, 1978.



---

---

**11.-Dr. Mihran O. Tachdjian. Ortopedía pediátrica Ed. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., México D.F. tomo I 1987 pp 127-174.**

**12.- Dr. Luis Sierra Rojas y Dr. Enrique Fernández, Luxación congénita de la cadera, Ed. Grupo Editorial Grafik S.A. 1984.**

---

---

## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

D.D.C.

**NOMBRE:** **EXPEDIENTE:**  
**SEXO**  
**LUGAR DE NACIMIENTO:**  
**EDAD GESTACIONAL:**  
**PESO AL NACER:**  
**APGAR:**  
**VIA DE NACIMIENTO:**  
**TIPO DE ANESTESIA:**  
**PRESENTACION OBSTETRICA:**  
**EDAD MATERNA :**  
**NUMERO DE GESTACION:**  
**PATOLOGÍA MATERNA Y CUAL:**  
**CONTROL PRENATAL:**  
**ANTECEDENTES DE MALFORMACIONES CONGENITAS**  
**FAMILIARES:** **CUAL:**  
**FECHA DE INGRESO:**  
**EDADAL DIAGNOSTICO:**  
**FECHA DEL DIAGNOSTICO:**  
**MALFORMACIONES ASOCIADAS:**  
**DATOS CLÍNICOS DE DDC.**  
**GABINETE:**  
**TRATAMIENTO:**  
**TIEMPO DE TRATAMIENTO:**  
**SECUELAS:**  
**ALTA O NO:**  
**EDAD ACTUAL DEL PACIENTE :**  
**DIAGNOSTICO ACTUAL:**