**VALORACIÓN ORTOPÉDICA DE CADERAS**

**Fecha**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Identificación**  |  |  |
| **Paciente**:  |  |  |
| **Fecha de nacimiento**: 0/0/2021 | **Edad**: 0 semanas  | **Genero**: f |
| **Medico que refiere**: Dr |  |  |
| **Email**:  | **Teléfono:**  |  |

**Presentación obstétrica**: Cefálico Pélvico transverso

**Gesta:** 0

**Peso al nacer:**  0g

**Antecedentes familiares de displasia**. Negados

**Otros antecedentes que comentar**: Negados

**Exploración Física encontrada**:

Bien conformado, adecuada movilidad, tono muscular normal, amplitud de rangos de movilidad normales, al realizar maniobra luxante de cadera (Barlow) no se encuentra inestabilidad, maniobra reductora de cadera (Ortolani) negativa.

**Ecografía:** Se realiza ultrasonido de caderas con método de Graf, colocación del paciente en cuna de posición y uso de guía de transductor. Transductor lineal multihertz, obteniendo imagen estandarizada de Graf, se valida lista de verificación anatómica (Lista de verificación 1) 1. Borde osteocondral 2, cabeza femoral 3. Pliegue sinovial 4. Cápsula. 5. Labrum 6. Techo cartilaginoso 7. Techo óseo 8. Turning point; así como la validez de la imagen (lista de verificación 2) al observar 1. Borde inferior del iliaco 2. Plano correcto y 3. Labrum.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Descripción ultrasonográfica de caderas** |
|  | **Izquierda** | **Derecha** |
| **Centraje de cadera**  | Centrada | Centrada |
| **Techo óseo** | Bueno Deficiente Pobre  | Bueno Deficiente Pobre  |
| **Techo Cartilaginoso** | Cubre cabeza femoralDesplazado  | Cubre cabeza femoral Desplazado  |
| **Ceja ósea** | Roma Angular Redondeada Plana  | Roma Angular Redondeada Plana  |
| **Porcentaje de cobertura**  | Mayor a 50% | Mayor a 50% |
| **Núcleo osificación de la cabeza femoral.** | No visible | No visible |
| **Tipo de cadera por anatomía sonográfica**  | I | I |
| **Angulo α** | ° | ° |
| **Angulo β**  | ° | ° |
| **Tipo de cadera DEFINITIVA** | **Tipo I de Graf (madura/normal)** | **Tipo I de Graf****(madura/normal)** |

**IMÁGENES ESTANDARIZADAS**

**MEDIDAS DER E IZQ**

**NO MEDIDAS DER E IZQ**

**4 IMÁGENES MINIMO**

**Tratamiento:**

