



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN
RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN
MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. YAKELIN MIRIAM MAMANI MARRON

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA

JULIACA - PERÚ

2024



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA
EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE
CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. YAKELIN MIRIAM MAMANI MARRON

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:


PRESIDENTE :


Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

PRIMER MIEMBRO :


Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

SEGUNDO MIEMBRO :


Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

ASESOR DE TESIS :


Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN :

SALUD OCUPACIONAL CIENCIAS CLINICAS P12



RESOLUCIÓN DECANAL N°1047-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 22 de agosto del 2024

Vistos: El Expediente N° 2024-CU-10646 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **LICENCIADO(A) EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: EN RADIOLOGÍA** del (la) bachiller: **YAKELIN MIRIAM MAMANI MARRON** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * Presidente : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
- * 1er. Miembro : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- * 2do. Miembro : Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
- *
- * Asesor : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : VIERNES 23 DE AGOSTO DEL 2024
HORA : 11:00 HORAS
LOCAL : SALÓN DE GRADOS

TERCERO: Realizada la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Signature]
 D. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
 COP 2034
 DECANO

DISTRIBUCIÓN:
 - Jurados (3)
 - Interesado (1)
 - Asesor de Tesis (1)
 - Archivo FCS 2023(1)



"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N°693-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 11 de junio del 2024

VISTOS: Exp. 2024-CU-6630 presentada por el(la) egresado(a) **YAKELIN MIRIAM MAMANI MARRON** quien ha solicitado cambio del Asesor del Proyecto de Investigación conducente para optar el título profesional de **LICENCIADO(A) EN TECNOLOGÍA MÉDICA CON ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA**

CONSIDERANDO: Que, en la Resolución Decanal N°314-2024-D-FCS-UANCV, figura el título del proyecto de investigación **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** teniendo como Jurados designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : Dra. GRACIELA BERNAL SALAS
- * **1er. Miembro** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- * **2do. Miembro** : Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
- * **Asesor** : Dra. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N°275-2024-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del asesor motivos de Licencia.

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL CAMBIO DEL ASESOR DEL PROYECTO designados a él (la) egresado (a) **YAKELIN MIRIAM MAMANI MARRON** para la revisión del proyecto de investigación titulado **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** para optar al Título Profesional de **LICENCIADO(A) EN TECNOLOGÍA MÉDICA CON ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA** debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
- * **1er. Miembro** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- * **2do. Miembro** : Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
- * **Asesor** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados de cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Signature]
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
DECANA

DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP, Colección
UI, Interesados, Arch.
EVO



RESOLUCIÓN DECANAL N° 314-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 22 de abril del 2024

VISTOS: Exp. 2024-CU-4029 presentada por el(la) egresado(a): **YAKELIN MIRIAM MAMANI MARRON** quién ha solicitado cambio de jurado del Proyecto de Investigación conducente a optar el título profesional de Tecnología Médica

CONSIDERANDO: Que, en la Resolución Decanal N°1103-2024-D-FCS-UANCV, figura el título del proyecto: investigación **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** teniendo como Jurados designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : **Dra. GRACIELA BERNAL SALAS**
- * **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el Oficio N° 126-2024-UI-FCS-UANCV-J solicitando la emisión de la resolución de cambio del presidente del jurado, por motivos de licencia.

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL CAMBIO DEL PRESIDENTE designados a él (la) egresado (a) **YAKELIN MIRIAM MAMANI MARRON** para la revisión del proyecto de investigación titulado investigación **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** para optar al Título Profesional de **LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA** debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**
- * **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI**
- * **Asesor** : **Dra. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA**

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados de cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Signature]
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
DECANA

DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP, Obsteletría
UI, Interesocel, Arch,
EVO



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1103-2023-D-FCS-UANCV

Juliaca, 08 de noviembre del 2023

VISTOS:

El Oficio N° 181-2023-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de Proyectos de Investigación de fecha 03 de noviembre del 2023 de la EP. Tecnología Médica;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a): **YAKELIN MIRIAM MAMANI MARRON**, ha presentado el Proyecto de Investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** correspondiente a la línea de investigación: **CIENCIAS CLÍNICAS**;

Que, al haber cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la Directiva N° 004-2019-UANCV-VRACD-OI, la Directora de la Unidad de Investigación nominó la sub comisión de evaluación del Proyecto de Investigación, conformada por los siguientes docentes:

- Presidente : Dra. GRACIELA BERNAL SALAS
- 1er. Miembro : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- 2do. Miembro : Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

Que, la sub comisión de evaluación ha decidido aprobar, SIN OBSERVACIONES, el Proyecto de Investigación en mención, y; siendo la opinión favorable de la Directora de la Unidad de Investigación en concordancia al Reglamento de la Unidad de Investigación, y en uso de las atribuciones que le concede la ley Universitaria 30220, ley de creación de la UANCV 23738 y modificación, Resolución de Institucionalización 1287-92-ANE D.L. 739, y el Estatuto de la UANCV, a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR, el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado(a): **YAKELIN MIRIAM MAMANI MARRON**, titulado **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** para optar el Título Profesional de LICENCIADO(A) EN TECNOLOGÍA MÉDICA CON ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA con todos los objetivos generales, objetivos específicos, sede de ejecución, cronograma, presupuesto y línea de investigación, registrados en el acta de registro de proyectos de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Tecnología Médica, folio 141;

El Proyecto de Investigación deberá ejecutarse de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO. - RECONOCER, como ASESOR(A) DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN al(a) Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA**.

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



[Firma]
"Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	11%
2	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	dspace.umh.es Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083 Fuente de Internet	<1%



9	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
10	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
11	Submitted to Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB Trabajo del estudiante	< 1 %
12	Submitted to Universidad Tecnica De Ambato- Direccion de Investigacion y Desarrollo , DIDE Trabajo del estudiante	< 1 %
13	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	< 1 %
14	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
15	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
16	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	< 1 %
17	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
18	repositorioslatinoamericanos.uchile.cl Fuente de Internet	< 1 %



19

20 biblioteca.medicina.usac.edu.gt

Fuente de Internet

< 1 %

21

repositorio.uncp.edu.pe

Fuente de Internet

< 1 %

22

repositorio.upn.edu.pe

Fuente de Internet

< 1 %

23

repositorio.uas.edu.mx

Fuente de Internet

< 1 %

24

Dandan Liu, Xiaping Mou, Gang Yu, Weixiang Liang, Chun Cai, Xiao Li, Gang Zhang. "The feasibility of ultrasound Graf method in screening infants and young children with congenital hip dysplasia and follow-up of treatment effect", Translational Pediatrics, 2021

Publicación

< 1 %

25

Leticia Vidal, Gerónimo Brunet, Isabel Bove, Alejandra Girona, Darío Fuletti, Gastón Ares. "Parents' mental associations with ultra-processed products for their infant children: Insights to improve complementary feeding practices", Food Quality and Preference, 2021

Publicación

< 1 %

26

repositorio.utn.edu.ec



27

Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru

Trabajo del estudiante

< 1 %

28

tesis.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

< 1 %

29

www.avodent.com

Fuente de Internet

< 1 %

30

Submitted to City University of New York System

Trabajo del estudiante

< 1 %

31

www.beliefnet.com

Fuente de Internet

< 1 %

32

www.gerenciasalud.com

Fuente de Internet

< 1 %

Excluir citas

Apagado

Exclude assignment template

Activo

Excluir bibliografía

Activo

Excluir coincidencias

< 10 words



Metadatos complementarios – UANCV

Título de la tesis	
CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	Yakelin Miriam Mamani Marron
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	74639881
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-3059-2718
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	María Amparo del Pilar Chambi Catacora
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02405808
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8164-4833
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Elizabeth Vargas Onofre
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Ingrid Liz Quispe Ticona
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475

Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Gladys Maruja Torres Condori
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02360070
Datos de investigación	
Línea de investigación	Ciencias Clínicas P12
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Hospital Carlos Monge Medrano País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Calle: Av Huancane Km 2</p>
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023-2024
URL de disciplinas OCDE https://purl.org/pe-repo/ocde/ford https://concytec-pe.github.io - Librería	<p>Tecnología Medica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.12 Salud pública, Salud ambiental https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
[Signature]
Dra. Maria Alvarez del Piz Chambi Catacora
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo YAKELIN MIRIAM MAHANI HARRON, identificado con DNI Nro. 74639881 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD RADIOLOGÍA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

" CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACION RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023"

Asesorado por: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 15 de OCTUBRE del 2024


Firma Del Asesor (obligatorio)


Firma Del Estudiante (obligatorio)



Huella



DEDICATORIA

A Dios, que me ha dirigido y me ha dado la solidaridad para seguir adelante.

A mis padres y parientes por su apoyo comprensivo, ilimitado, monetario y cotidiano a lo largo de mis investigaciones.

A mis educadores que me han apoyado a lo largo de mis estudios al compartirme sus conocimientos y han hecho que el trabajo se realice con éxito.



AGRADECIMIENTOS

A la institución que me brinda la oportunidad de lograr mis metas trazadas como profesional, a mis educadores que me han apoyado a lo largo de mis estudios al compartirme sus conocimientos y han hecho que el trabajo se realice con éxito.

- .
- .



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiv

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1. General:	2
1.2.2. Específicos:.....	3
1.3. OBJETIVOS.....	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.5. HIPÓTESIS.....	5
1.5.1. Hipótesis general	5
1.5.2. Hipótesis específicas	5
1.6. VARIABLES.....	5
1.6.1. Operacionalización de variables.....	6

CAPÍTULO II



MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 7

 2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES..... 7

 2.1.2. Antecedentes nacionales..... 10

 2.1.3. Antecedentes locales..... 11

2.2. MARCO TEÓRICO INICIAL QUE SUSTENTA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN..... 14

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 22

3.2. TIPO DE INVESTIGACION 22

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN..... 22

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA..... 22

 3.4.1. Población: 22

 3.4.2. Muestra: 23

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.... 23

3.6. VALIDACIÓN DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS 24

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO..... 25

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS 26

DISCUSIÓN..... 57

CONCLUSIONES..... 59

RECOMENDACIONES 61

ANEXOS..... 69



Anexo 02 Guía de observación.....	72
Anexo 03 Consentimiento Informado.....	73
Anexo 04 Validación de juicio de expertos.....	74
Anexo 05 Matriz de consistencia.....	77
Anexo 06 Matriz de datos	79



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01 Edad asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	30
Tabla 02 Sexo asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	33
Tabla 03 Paridad asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	36
Tabla 04 Limitación de abducción asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	39
Tabla 05 Signos de Ortolani asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	42
Tabla 06 Continuidad de la línea de Shenton asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	45
Tabla 07 Índice acetabular asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	48



Tabla 08	Ectopia de núcleo de osificación asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	51
Tabla 09	Signo de pliegue asociad con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	54
Tabla 10	Ubicación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	57



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01 Edad asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	31
Figura 02 Sexo asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	34
Figura 03 Paridad asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	37
Figura 04 Limitación de abducción asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	40
Figura 05 Signos de Ortolani asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	43
Figura 06 Continuidad de la línea de Shenton asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	46
Figura 07 Índice acetabular asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	49



Figura 08	Ectopia de núcleo de osificación asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	52
Figura 09	Signo de pliegue asociado con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	55
Figura 10	Ubicación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.	58



RESUMEN

Objetivo: Analizar las características de riesgo asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses. **Método:** Un estudio de examen no exploratorio, diferenciado, científico y transversal, con un tamaño de ejemplo de 75 menores de 24 meses, **Resultado:** Las características de riesgo asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses, son: un 69,33% tiene de 6 a 12 meses de edad, un 54,67% es de sexo femenino, un 82,67% la madre es primigesta, un 74,67% tiene una limitación de abducción de menor a 60°, un 77,33% tiene el signo de Ortolani presente, un 56% presenta una línea de Shenton continua, un 60% tiene un índice acetabular $\geq 30^\circ$, un 65,33% tiene un núcleo osificación ectópico, un 68% tiene signo de pliegue ausente, todas las variables son significativas con una $p < 0,05$, La evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses es con mayor frecuencia del lazo izquierdo, es el 80% presenta displacia de cadera del lado izquierdo, 20% presenta displacia de cadera del lado derecho. **Conclusión:** Las características de riesgo están asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

Palabras clave: Características, riesgo, evaluación radiográfica, displasia de cadera.



ABSTRACT

Objective: To break down the gamble qualities related with radiographic assessment for hip dysplasia in kids under two years old enough at the Carlos Monge Medrano Medical clinic in the city of Juliaca in 2023. **Method:** Non-experimental, descriptive, analytical design research work. and transversal, with a sample of 75 children under 24 months of age. **Result:** The risk characteristics associated with the radiographic evaluation for hip dysplasia in children under 24 months of age at the Carlos Monge Medrano Hospital in the city of Juliaca in 2023, are: a 69.33% are 6 to 12 months old, 54.67% are female, 82.67% have a primigravida, 74.67% have an abduction limitation of less than 60°, 77.33% have the Ortolani sign present, 56% have a continuous Shenton line, 60% have an acetabular index $\geq 30^\circ$, 65.33% have an ectopic ossification nucleus, 68% have a fold sign absent, all variables are significant with a $p < 0.05$. The radiographic evaluation for hip dysplasia in children under 24 months is most frequently of the left loop, 80% present hip dysplasia on the left side, 20% present hip dysplasia on the right side. **Conclusion:** The risk characteristics are associated with the radiographic evaluation for hip dysplasia in children under 24 months of age at the Carlos Monge Medrano Hospital in the city of Juliaca in 2023.

Keywords: Characteristics, risk, radiographic evaluation, hip dysplasia.



INTRODUCCIÓN

La displasia de cadera es un problema recurrente entre los recién nacidos, muy frecuente por la alta incidencia atribuida a muchos factores de riesgo, así como es frecuente en mujeres, en niños primogénitos, historia familiar de displasia de cadera, presentación de nalgas, oligamnios, metatarsus adductus, espina bífida, muy frecuente entre las Durante el embarazo el ultrasonido ayuda a reconocer una parte de estos casos que se presentan entre los jóvenes antes de los 90 días de edad, o un rayo x después de tres meses para descartar la condición, como regla la Displasia de Cadera es extremadamente normal en el embarazo principal, o por otro lado asumiendo que la madre tuvo oligohidramnios, es decir mínimo líquido amniótico; o cuando el niño viene en show pélvico (sentado) por esta situación se solicita adecuadamente tomar un ultrasonido para distinguir asumiendo que el niño tendrá un problema de cadera en adelante, por ello es importante analizar esta problemática para poder identificar oportunamente, cuanto más temprano se identifica permite corregir este problema y así evitar problemas futuros, considerando que es frecuente en muchos recién nacidos es importante realizar un buen examen físico para así intervenir oportunamente en su corrección, por ello planteamos esta investigación para entender con mejor análisis científico. El contenido de la siguiente investigación está estructurado de la siguiente manera: capítulo I: Aspectos generales del trabajo de investigación, planteamiento del problema, objetivos, justificación, hipótesis, variables. Capítulo II Marco Teórico. Capítulo III: Procedimiento metodológico de la investigación. Capítulo IV: Resultados y discusión



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En países desarrollados donde casi no se conciben niños, parte de la convención al llegar al mundo es realizar una ecografía, esta acción ayuda a reconocer problemas de cadera lo antes posible, en más de 12 años no se han realizado procedimientos médicos de cadera gracias al hallazgo temprano; Chile aplica esta acción con prontitud, ya que en el expediente clínico del niño, se menciona una solicitud de Rayos X para prevenir esta condición de ahora en adelante; la Fundación Americana sugiere la evaluación clínica para todos los jóvenes, y la imagen sólo para aquellos con factores de riesgo; en Austria, en cambio ,realiza la detección con ultrasonido en todos los niños recién nacidos en algún lugar en el rango de 4 y un mes y medio de edad suficiente. (1)

Considerando que son factores de riesgos el sexo femenino, los niños primogénitos, la historia según informes objetivos, el 27% restante de los casos con displasia ocurre en las dos caderas, por ejemplo, recíproca. La



displasia de cadera es uno de los motivos de hospitalización en las clínicas de urgencias musculares pediátricas. (2)

La displasia la «displasia» aborda rarezas en el desarrollo femoral o acetabular o ambos, y está conectada con la patología fuerte más constante del bebé y del niño, que hace una tonelada de preocupación y estrés entre los vigilantes, en los controles realmente fuertes de sus hijos, y en los casos más conocidos, la «displasia» se refiere a irregularidades en el desarrollo femoral o acetabular o ambos, y está conectada con la patología sólida más constante del bebé y del niño, lo que hace una tonelada de preocupación y estrés entre los vigilantes, en los controles super fuertes de sus hijos. (3)

La displasia de cadera es una patología en la que el tratamiento precoz y adecuado es fundamental para el resultado del tratamiento, y se manifiesta en una cadera clínica y radiológicamente atípica hacia el final del giro esquelético a buscarla eficazmente, existiendo en la actualidad mucha conversación sobre la mejor manera de explorar esta patología. (4)

1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. General:

PG: ¿Cuáles son las características de riesgo asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca 2023?



1.2.2. Específicos:

PE₁: ¿Cuáles son los aspectos generales asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano?

PE₂: ¿Cuáles son los aspectos de la evaluación clínica de los pacientes asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano?

PE₃: ¿Cuál es la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

OG: Analizar las características de riesgo asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

OE1: Identificar los aspectos generales asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano.

OE2: Mencionar los aspectos de la evaluación clínica de los pacientes asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano.



OE3: Describir la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Se justifica este estudio porque representa un problema frecuente dentro de la salud pública, la displasia de cadera es una de las mutaciones inherentes más continuas en el acto clínico del traumatólogo y ortopedista pediátrico, es un tema repetitivo, incluye una serie de irregularidades que se producen de diversas formas, a diversas edades, para su determinación se requiere pericia y experiencia y la oportuna identificación para su conveniente tratamiento, teniendo en cuenta que el punto débil subyacente radica.

Este estudio se legitima en el examen de estas distorsiones físicas, dejadas desarrollarse sin mediación, dada la poderosa idea del esqueleto del recién nacido en creación, pueden suscitar un notable continuo que va desde la laxitud capsular clave (cadera cambiante), pasando por la subluxación - pérdida fragmentaria de la relación articular- y el consiguiente aflojamiento de la cadera, donde la ausencia de consistencia articular es completa.

Los resultados de esta investigación nos ayudaran a mejorar los aspectos de diagnóstico, tratamiento, las desfiguraciones recientemente referenciadas pueden producirse en el útero (separación teratológica), al llegar al mundo o crearse debido a factores característicos y externos durante los principales periodos largos.



1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general

HG: Las características de riesgo están asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge 2023.

1.5.2. Hipótesis específicas

HE₁: Los aspectos generales están asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano.

HE₂: Los aspectos de la evaluación clínica de los pacientes están asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano.

HE₃: La evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses es con mayor frecuencia del lazo izquierdo, del Hospital Carlos Monge Medrano.

1.6. VARIABLES

Variable 1: Características de riesgo.

Variable 2: Evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

1.6.1. Operacionalización de variables

Variable 1	Dimensiones	Indicadores	Escala de valores	Tipo de variables
Variable 1. Características de riesgo	1.1. Aspectos generales	1.1.1. Edad	a)6 a 12 meses b)12 a 24 meses	Ordinal
		1.1.2. Sexo	a)Femenino b)Masculino	Nominal
		1.1.3. paridad	a)Primigesta b)Multigesta	Nominal
	1.2. Evaluación clínica de los pacientes	1.2.1. Limitación de abducción	a)Mayor a 60° b)Menor a 60°	Nominal
		1.2.2. Signo de Ortolani	a)Presente + b)Ausente –	Nominal
		1.2.3. Continuidad de la línea de Shenton	a)Continua b)Discontinua c)No registrado	Nominal
		1.2.4. Índice acetabular	a)≥ 30° b)<30°	Ordinal
		1.2.5. Ectopia de núcleo de osificación	a)Ectópico b)No ectópico c)No registra	Nominal
	1.2.6. Signo de pliegue	a)Presente + b)Ausente –	Nominal	
Variable 2	Indicadores		Escala de valores	Tipo de variables
Variable2 Evaluación radiografía por displasia de cadera	1.3. Ubicación de displasia de cadera según Rx		a)Derecho b)Izquierdo c)Ambos (bilateral)	Nominal



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Valencia J. S. Orozco D. C. Gonzales M. A. et. Al. Estrategias: se recopiló una suma de 400 artículos en conjuntos de datos (PubMed, Scholarly Pursuit Complete, Science Direct, LILACS), de los cuales se escogieron 50 que contenían datos actualizados y significativos para la mejora del tema a encuestar. Entre sus sujetos rastreamos datos sobre la conclusión (según la perspectiva clínica y las técnicas de imagen) a los diversos tipos de intercesión (tanto muscular como cuidadosa). Conclusiones: la displasia formativa de la cadera es una condición clínica que muchas veces no se tiene en cuenta al evaluar a un niño, con resultados maliciosos para el progreso, ya que influye en el niño al principio, así como la necesidad de estrategias de imagen, y la necesidad de mediación, ya sea muscular o cuidado, se convierte en una infección multidisciplinar, el tratamiento va desde la administración muscular con brida de Pavlik, espica mortero de yeso, osteotomías pélvica o femoral, hasta añadir a la sustitución de la cadera. (5)



Estrada L. M. Contreras E. E. El paciente con Displasia de Cadera que se desarrolla con conclusión tardía es típicamente de sexo femenino, de primer nacimiento, de raza blanca, con antecedentes familiares de haber introducido una patología comparada o exhibición podálica, la disposición de los encuentros son factores de riesgo relacionados con algo similar, muy parecido a diferentes contorsiones de los apéndices inferiores, por ejemplo, el pie equino varo, la cadera más frecuentemente impactada es la izquierda en lugar de la derecha o por ser recíproca, el personal clínico debe darse cuenta de los elementos de riesgo para realizar una valoración real dirigida y hacer un hallazgo conveniente para dar un tratamiento precoz, el cribado no sólo debe construirse en la valoración clínica del lactante, sino en la mejora del joven. Las ramificaciones monetarias de llegar tarde abordan una especulación varias veces más prominente para la administración de bienestar general del país en el IGSS, en contraste con la conclusión temprana. (6)

Requeiro J. J. Machado A. M. Pardiñas L. K. et. Al. Unos pocos creadores expresan que la evaluación es peligrosa debido a la no representación del centro de la cabeza femoral en las radiografías, que trabajando en estrecha colaboración trade offs la garantía específica de la relación entre la cabeza femoral y el agujero duro de la cadera, En este trabajo presentamos femoral no es perceptible. Una pieza central de la estructura propuesta es



conseguir hitos, presentes desde la etapa infantil y sobre los que realizar evaluaciones y puntuaciones, que permitan realizar agrupaciones decisivas y observaciones a largo plazo hasta la recuperación de la condición. (7)

Silva D. S. Índice de Reimers, Smith, Tonis. Objetivo: Decidir la utilidad de diversos registros radiográficos en el análisis de la DCD precoz, utilizando las Hojas de Santuario en correlación con la Lista Acetabular. Resultados: mujeres, las caderas concentradas por la lista acetabular tenían una media de $37,9^\circ$, de las cuales 61,5% no tenían tratamiento negativo. (8)

Ochoa K. Objetivo: Representar la conveniencia del borde acetabular externo de la cadera maciza (A - A') como límite radiográfico, relacionado con la prueba clínica del cilindro, para la dinámica de los ejecutivos en pacientes con DDC entre el año y medio y los 3 años de edad. Resultados: El ritmo de CDD es de 2 a 6 por cada mil nacidos vivos. Apenas 17% de los casos son analizados antes de medio año de edad suficiente y 83% son analizados después de ese tiempo, más de 7,8% son caderas arraigadas (por ejemplo con más de cinco años de edad), hay discusión entre la mejor metodología para la disminución abierta, no hay reglas omnicomprensivas para la administración de estos pacientes. El 66% fueron supervisados según lo propuesto en el trabajo. Las complejidades fueron evaluadas a la luz de la lima



acetabular, información de la podredumbre conectiva en un año postoperatorio, con una baja recurrencia del espectáculo, siendo comparable entre las dos reuniones. (9)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Cuadrado J. M A. Objetivo: Retratar de Enseñanza Materno Infantil. Procedimiento: el plan una revisión no exploratoria, transversal, inconfundible con la inspección no probabilística. Resultados: El período de determinación más incesante fue de medio año, 61,74% eran del sexo femenino, fueron traídos al mundo por vía vaginal y 49,57% por cesárea, 98,26% de los pacientes con DDC fueron concebidos altos. (10)

Pomataylla M. Objetivo: Describir encontrados en el establecimiento cercano de Cusco. Resultados: La edad con mayor frecuencia se determinó que tenían DDD y el signo de arrebato de cadera fue positivo en el 41,7%. (11)

Bobadilla D. E. Objetivo: Para concluir la utilidad de la radiografía en el final de la displasia de cadera característica y factores de riesgo en los jóvenes de una parte de un tiempo prolongado de edad suficiente. Resultados: 52 (84%) tenían el año y medio de edad los 9 y 12 meses de edad con 22 casos (42%), en cuanto al sexo, las mujeres fueron más afectadas con 62% en comparación con los hombres con 38%, y en cuanto(12)



Eulogia D. Objetivo: diagnosticados de displasia de cadera. Resultados: El 31,25% de la muestra estaba todo fuera; el sexo femenino era más frecuente, correspondiendo. En cuanto a la ectopia de los núcleos de solidificación, el 25,00% eran ectópicos, el 18,75% tenían aspecto diferido de los núcleos de solidificación (hipoplásicos). (13)

Tapia A. R. Objetivo: Decidir la utilidad de la radiología automatizada y la radiología tradicional en la conclusión radiológica de la displasia de cadera. También, que la radiología robotizada es más importante que la radiología estándar en el examen radiológico de la displasia de cadera en las divisiones de imagen sintomática, aprobando así la especulación de la revisión. (14)

2.1.3. Antecedentes locales.

Portocarrero J. Objetivo: Decidir la legitimidad demostrativa de la técnica de la Worldwide Hip Dysplasia Foundation, los elementos relacionados además, la adecuación de los fármacos no cautelares en la determinará la proporción de posibilidades (OR), el tramo de certeza (CI) y el p-valor de Fisher; para que se considere un factor asociado, deben cumplirse los tres supuestos siguientes. (15)

Chalco R. W. Objetivo: Decidir las cualidades clínicas y radiológicas y los elementos relacionados con displasia de cadera en adolescentes maduros de 2 a 2 años de edad. Resultados: Para una evaluación rigurosa de la información, se fundamentará la



inevitabilidad de la displasia de cadera; luego, se abordarán los atributos clínicos y radiológicos de displasia de cadera, para lo cual se investigarán variables cuantitativas a través de inclinaciones focales y expansiones de dispersión; y se segregarán elementos proximales a través de frecuencias absolutas y relativas; para la evaluación de la relación de partes hereditarias, obstétricas y neonatales con la displasia de cadera. (16)

Moya BX. Concentrado lógico, de revisión, concentrado en la concentración clínica EsSalud III en Juliaca durante 2019. Se evaluaron las frecuencias de las partes en cada grupo de estudio. Se evaluó la relación entre las variables con percepciones $p < 0,05$. Resultados: La edad típica de la población concentrada se visualizó en $5,86 \pm 2,2$ meses. (17)

Flores F. E. Yana G. A. Objetivo: Esta exploración se expuso con la motivación principal de dar sentido a los peligros trascendentes de la rotura prematura de capas en las embarazadas. Resultados: 36,7% en comparación con la rotura prematura de capas pretérmino y 63,3% a término. Comparables a los peligros del embarazo en curso: el 56,7% de las embarazadas tenían un peso suficiente, el 41,7% eran primigrávidas, el 70% tenían más de 6 controles prenatales, la mitad de las embarazadas tenían contaminación urinaria, el 21,4% tenían un único parto fallido, el 6,7% tenían un pasado marcado por rotura prematura de capas y el 6,7% tenían un pasado lleno de rotura



prematura de capas. El 3,3% había tenido numerosos embarazos, el 78,3% de las embarazadas tenía un nivel uterino satisfactorio, el 73,3% de las embarazadas tenía entre 19 y 34 años, el 48,3% tenía estudios secundarios y el 98,3% no consumía sustancias nocivas. (18)

Tito Mamani, Evert; Objetivo: decidir la legitimidad analítica de la técnica de Establecimiento Global de Displasia de Cadera, los elementos relacionados y la adecuación de medicamentos no asistenciales en Displasia Formativa de la Clínica. Técnica: El tipo de exploración será de revisión, transversal y científica; será un plan epidemiológico no exploratorio con el hallazgo de displasia formativa de cadera, y para los controles, por cada caso se pensará en un control, de jóvenes menores de 2 años acudidos en la administración de desarrollo y mejora; Para el surtido de información, se encuestarán las crónicas clínicas de los pacientes y jóvenes que entraron en la revisión, de las cuales se recogerán los datos sobre los factores, y se revisarán las radiografías de los pacientes con displasia formativa de la cadera para elaborar el expediente acetabular, en primer lugar, se describirán los factores objeto de estudio y, a continuación, se examinará la relación de las variables estudiadas con la displasia formativa de cadera, para lo que se determinará la proporción de probabilidades (OR), el intervalo de certeza (CI) y la p-valoración de Fisher; para que se considere un elemento relacionado, deben cumplirse las tres premisas siguientes: la OR no debe ser igual a 1; el CI no debe contener 1 y la p-valoración debe ser inferior a 0,05; a continuación, se evaluará la viabilidad de los medicamentos no cuidadosos, para lo que se determinará el registro de adecuación combinado (CEI) y la proporción de apuestas (RR). 05; a continuación, se evaluará la viabilidad de los medicamentos no cuidadosos, para lo cual se determinará el registro de adecuación combinado (CEI) y la proporción de apuesta.

2.2. MARCO TEÓRICO INICIAL QUE SUSTENTA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. CARACTERÍSTICAS DE RIESGO.

1.1. ASPECTOS GENERALES.

1.1.1. Edad

Para identificar oportunamente problemas de displasia de cadera en los bebés, se debe evaluar la edad gestacional, el bienestar general y la historia clínica de su hijo, los supuestos para el avance de la condición, con el objetivo del tratamiento es poner la cabeza femoral en la cadera para que la cadera puede crecer con regularidad, hay varios medicamentos para los lactantes, entre los que incorporan el acompañamiento:

No cuidadoso situar gadget o la posición de una brida Pavlik, dijo Pavlik que dicho traje se utiliza en los bebés siempre y cuando medio año de edad suficiente para mantener la cadera establecido y al mismo tiempo permitir que las piernas se mueven un poco, la consideración clínica comprende del experto pediátrico debe encuesta para poner la silla de montar, que generalmente se utiliza para uno o dos meses, durante este tiempo, el niño es analizado con frecuencia para confirmar que el aparejo se ajusta con precisión y para ver realmente la cadera, hacia el final del tratamiento, se realiza un ultrasonido, se toma para comprobar la zona de la cadera, la brida Pavlik permite obtener excelentes resultados, sin embargo, de vez en cuando un fraccional o añadir hasta desacoplamiento puede perseverar. (19)



1.1.2. Sexo.

Es frecuente en ambos sexos (masculino o femenino) pero se ha evidenciado que resulta más impactado con mayor frecuencia que el otro en cuanto a características multifactoriales, mostrando un «límite de signo» alternativo, lo que implica que un sexo es más probable que el otro para mostrar el tema, la displasia de cadera es más normal en niñas que en los niños, uno de los elementos e impactos naturales que se aceptan para agregar a la displasia de cadera es la reacción del niño a los productos químicos. (20)

1.1.3. Paridad.

Algunos estudios han encontrado la relación de los hijos primogénitos o madres primerizas que donde sus primeros embarazos suelen tener alta probabilidad de presentar displasia de cadera, esto debido a el primer embarazo no tiene el suficiente espacio para desarrollarse, pero es solo una probabilidad además de los muchos otros factores que contribuyen a su aparición. (21)

1.2. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES.

1.2.1. Limitación de abducción.

cuando la constitución del lactante se ha recuperado, un raptó por debajo de 60° puede plantear la duda de un CDD, en los casos unilaterales este signo es más delicado, ya que una desviación en el raptó al observar el ámbito de movimiento de las dos caderas debería plantear la duda del clínico. (22)



Al describir los desarrollos corporales, en general aludimos que el desarrollo está realizado. El desarrollo puede producirse en un plano, como ocurre con la flexión de la rodilla, o en varios planos, como el desarrollo del hombro.

1.2.2. Signo de Ortolani - Barlow.

En el caso de que se vea un fragmento de «garrapata» con el giro de los acontecimientos, jugando la mejora contraria obtenemos el resultado de la cabeza femoral (signo de Barlow), el reconocimiento de jugar los dos signos. resulta ser más conspicua laxitud articular, este signo se desvanece inteligentemente, perdiendo capacidad de respuesta algo así como a los dos meses de vida del paciente. (23)

1.2.3. Continuidad de la línea de Shenton.

La curva se desplaza o cuando se produce un giro escandaloso del límite exterior, se pierde la congruencia de esta curva. El término displasia innata de cadera (DCI) incorpora una amplia gama de modificaciones de la cadera creadora, que van desde la displasia de la cavidad ósea de la cadera hasta el desenganche final de la articulación, el término displasia infiere cambio del giro, tamaño, forma y asociación. (24)

La línea de Shenton es una línea inexistente trazada a lo largo del límite sub-par del hueso púbico unival y el límite inferomedial del cuello femoral. Esta línea desempeña un papel urgente en la conclusión de la displasia formativa de la cadera, ya que puede ayudar



a los radiólogos a distinguir cualquier cambio en la articulación de la cadera. En el caso de que esta línea no se encuentre de forma consistente y fácil, muy bien podría ser un signo de la presencia de displasia.

1.2.4. Índice acetabular.

La lima acetabular (o punto acetabular) se refiere al punto enmarcado por la línea Hilgenreiner y una línea de redirección hacia la expansión del hueso de la cadera, este calibre se utiliza de forma rutinaria para evaluar la presencia de displasia de cadera tanto en la representación misteriosa como en el desarrollo posterior. (24)

Primero debemos seguir la línea acetabular o línea de tendencia acetabular posterior situado en el límite horizontal endurecido de la cavidad del hueso de la cadera. Esta línea y las líneas de Hilgenreiner estructuran el punto acetabular, punto de tendencia acetabular, lima acetabular o inteligencia artificialzócalo óseo de la cadera que no se reconstruye y que precisamente debe dirigirse a las cualidades típicas. Precediendo a cualquier tipo de sustitución de la copa, es fundamental tener de antemano o todo el tiempo logrado una disminución concéntrica de la cadera. El Wiberg Center Edge Point (CE), Center Edge Point (CE), Center Edge Point o Center Edge Point lo sustituye en pacientes más curtidos de cinco años.

1.2.5. Ectopia de núcleo de osificación.

Se recomienda una ecografía por trimestre, pero si hay algún problema, se recomienda realizar más, pero evitar mucha radiación al bebe, solo

de ser necesario se indicará para evitar complicaciones en la gestante.

(24)

1.2.6. Signo de pliegue.

Pliegues de Hilter kilter: En este signo el joven es colocado en decúbito dorsal encontrando los apéndices inferiores completamente ensanchados, en los muslos se observan pliegues asimétricos además, en la posición decúbito ventral se afirma la desviación de los pliegues glúteos, un signo para la afirmación de displasia del desarrollo de la cadera es la singularidad en la posición o el número de, principales áreas de fuerza de los pliegues cutáneos glúteos inguinales, para la displasia del desarrollo de la cadera, se cree que los pliegues cutáneos extendidos son un «manejo» de piel y músculo alrededor de un fémur en sentido general grueso, se cree que los pliegues cutáneos desproporcionados son menos valiosos que los diferentes acabados de papel para especular. (25)

2. EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA.

El giro displasia accesorio duro de la cadera o ambos, que se llama displasia, a fases adicionales creados de la condición, representado por la mitad de la pérdida de la asociación entre la cabeza y el accesorio duro de la cadera (subluxación) o la pérdida completa de la asociación entre las piezas de la articulación (separación). (26)



En los casos de displasia acetabular, subluxación y porción, la evaluación temprana y el tratamiento sensible deben realizarse utilizando ortesis, lo que garantiza la obsesión concéntrica de la cabeza femoral dentro de la articulación acetabular. Los grados adecuados de flexión y consistencia garantizan un emplazamiento fundamental, que es una mejora mecánica para una mejora notable de la cabeza femoral, una fijación dura de la cadera y una mejora de la articulación acetabular ajuste de los diseños ligamentosos capsulares de la articulación, impulsando la recuperación de la deformación. (27)

La ecografía es la técnica adecuada para el análisis de las displasias en niños menores de 90 días, la valoración de los puntos acetabulares de las caderas mediante radiografía computarizada se utiliza en bebés mayores de 90 días, ya que en nuestro distrito no hay análisis ecográficos asegurados para menores de 90 días. Existe un surtido de ortesis medio año, ya que producen diferentes dificultades. (28)

Radiografía de pelvis

A través del RayoS X se pueden desglosar los diseños óseos y las modificaciones que puedan introducir, a la luz del hecho de que es una evaluación estática del estado de los huesos, o ayuda con la representación de los cambios subyacentes, que son típicamente de gran alcance y en un primer momento modificar sólo el ligamento y los tendones, los principales cambios en la estrategia, así como la facilidad de lograr que, en la gran mayoría de las fundaciones floreciente por aquí,

con la utilización de material mecánico actual no es fundamental, además de ser esencialmente inocuo para el bebé, como particularmente bajas parcelas de radiación se utilizan. Por otra parte, su gasto es insignificante y su percepción puede ser realmente realizado por cualquier médico que ha sido arreglado en este tipo de pruebas. (29)

Trágicamente, el sobrediagnóstico aborda un patrón entre radiólogos y traumatólogos que incita al sobretratamiento debido a la identificación de falsos pacientes positivos al juzgar erróneamente la evaluación radiológica, particularmente cuando se trata de radiografías giradas o desplazadas en el plano pivotal, el cribado radiológico favorece el reconocimiento precoz.

Ecografía de las caderas

La ultrasonografía de cadera (US) es razonable en los tramos extensos esenciales de la cavidad ósea de la cadera, la capacidad de respuesta de esta técnica demostrativa para el descubrimiento de CDD es extremadamente cerca del 100 por ciento. (30)

2.1. MARCO CONCEPTUAL.

Diagnóstico por imágenes

Durante los largos tramos de vida subyacentes, la mejor prueba auxiliar y considerada como de más alto nivel de calidad para el hallazgo es la ecografía de cadera, que debe ser realizada por un experto preparado en esta revisión, da indicaciones explícitas. (31)



Ecografía

El ultrasonido es el instrumento más sólido para tener la opción de retratar los atributos físicos La morfología de la cadera y la fuerza de la cadera de los niños menores de 90 días es adecuada, ya que también nos permite estudiar la morfología y la fuerza de las caderas del niño recién nacido. (32)



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprende a un diseño no experimental, ya que las variables de estudio solo serán observadas a lo largo del tiempo.

3.2. TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación es básica, nivel correlacional, ya que se mide dos variables en donde se evalúa la correlación estadística entre ambas, de corte transversal porque se observa cierto grupo de pacientes o se reúne cierta información durante un periodo corto.

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

El método de investigación es científico, deductivo hipotético, observacional, puesto que solo fueron observadas y analizadas las variables de estudio.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población:

La población estuvo conformada por todos los niños que presentan descartar displasia de cadera en niños menores de 24 meses, hasta ahora se tiene un registro de 75 niños con este diagnóstico a nivel del Hospital de Juliaca 2023, por lo que se trabajó con el 100%.

3.4.2. Muestra:

Se trabajo al 100% de la población sujeto de estudio -n=75.

Criterio de inclusión:

- Niños y niñas menores de 24 meses cuyas madres autoricen participar de la investigación.
- Pacientes con displasia de cadera cuyas madres acepten participar de la investigación.
- Fichas de investigación estén registradas de manera correcta.

Criterio de exclusión:

- Pacientes que presenten problemas de infecciones hospitalarias que les impiden participar de la investigación.
- Fichas con datos mal llenados.

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Variable 1: Características de riesgo.

TÉCNICAS:

Para el logro de los objetivos de la variable independiente del presente trabajo de investigación se realizó una entrevista para la recolección de datos seleccionados.

INSTRUMENTO:

Se utilizó una guía de entrevista dirigida a las madres de la población de estudio (autora propia).

Variable 2: Evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

TÉCNICAS

Se utilizó la observación (anexo 02).

INSTRUMENTOS:

Se utilizó una guía de observación para recolectar datos sobre la evaluación radiográfica por displasia de cadera.

3.6. VALIDACIÓN DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la solicitud, traducción y examen de la información adquirida, se utilizará la prueba factual chi-cuadrado, por tratarse de factores subjetivos, así como la introducción de información de tasas en la introducción de tablas medibles.

Formula chi-cuadrado:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Donde:

\sum = cantidad de frecuencias

Fo = recurrencia constatada

Fe = recurrencia prevista

X2 = Chi-cuadrado



3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Se ha recurrido a los expertos para que ayuden a refrendar los instrumentos mediante un juicio pericial, que hará referencia a las realidades concretas perceptibles y que, de hecho, querrá comprobar la autenticidad y el carácter inalterable de los instrumentos que se llevarán a cabo en la exploración.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

El objetivo general planteado es: Analizar las características de riesgo asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca 2023..

Las características de riesgo están asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses, todas las variables analizadas han sido significativas $p < 0,05$, lo que demuestra las hipótesis planteadas.



TABLA 01.- EDAD ASOCIADA CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.

Edad	Ubicación de la displasia de cadera según Rx				Total	
	Cadera Derecha		Cadera Izquierda		fi	%
	fi	%	Fi	%		
6 a 12 meses	15	20.00	37	49.33	52	69.33
12 a 24 meses	0	0.00	23	30.67	23	30.67
Total:	15	20.00	60	80.00	75	100.00

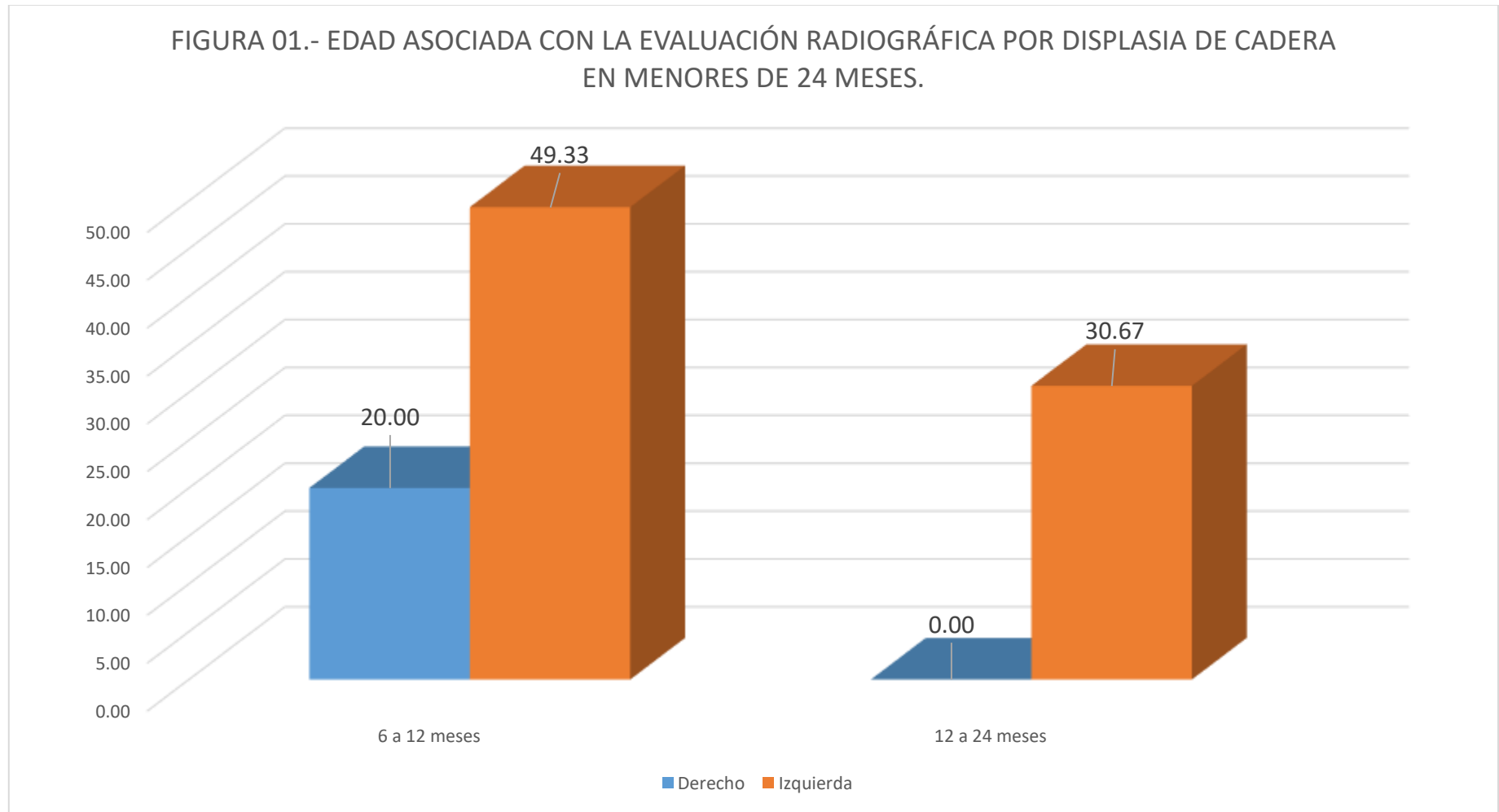
Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal} = 8,293$$

$$p = 0,004$$

$$X^2_{tab} = 3,841$$

$$G/ = 1$$



Fuente: tabla 01.



El primer objetivo específico planteado es: Identificar los aspectos generales asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

En la tabla y figura 01 analizamos la edad de los menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera, donde el 69,33% tienen de 6 a 12 meses, el 30,67% tienen de 12 a 24 meses.

De los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado izquierdo según diagnóstico de Rx el 49,33% tienen de 6 a 12 meses, el 30,67% tienen de 12 a 24 meses; de los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado derecho según diagnóstico de Rx el 20% tienen de 6 a 12 meses.

Mediblemente, la especulación se intentó utilizando la prueba chi-cuadrado, con una certeza del 95%, $X^2_{cal}=8,293$ mayor a $X^2_{tab}=3,841$, $gl=1$, $p=0,004$ es significativa, la edad está asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

Aun no estamos al nivel de los países desarrollados, donde los niños como parte del protocolo al nacer se les realiza un ultrasonido lo cual ayuda a identificar de forma oportuna algún problema de la cadera, de esta manera de forma oportuna se realiza el descarte oportunamente de algún tipo de problema a nivel de caderas u otros similares.

TABLA 02.- SEXO ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.

Sexo	Ubicación de la displasia de cadera según Rx				Total	
	Cadera Derecha		Cadera Izquierda		fi	%
	Fi	%	Fi	%		
Femenino	15	20.00	26	34.67	41	54.67
Masculino	0	0.00	34	45.33	34	45.33
Total:	15	20.00	60	80.00	75	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

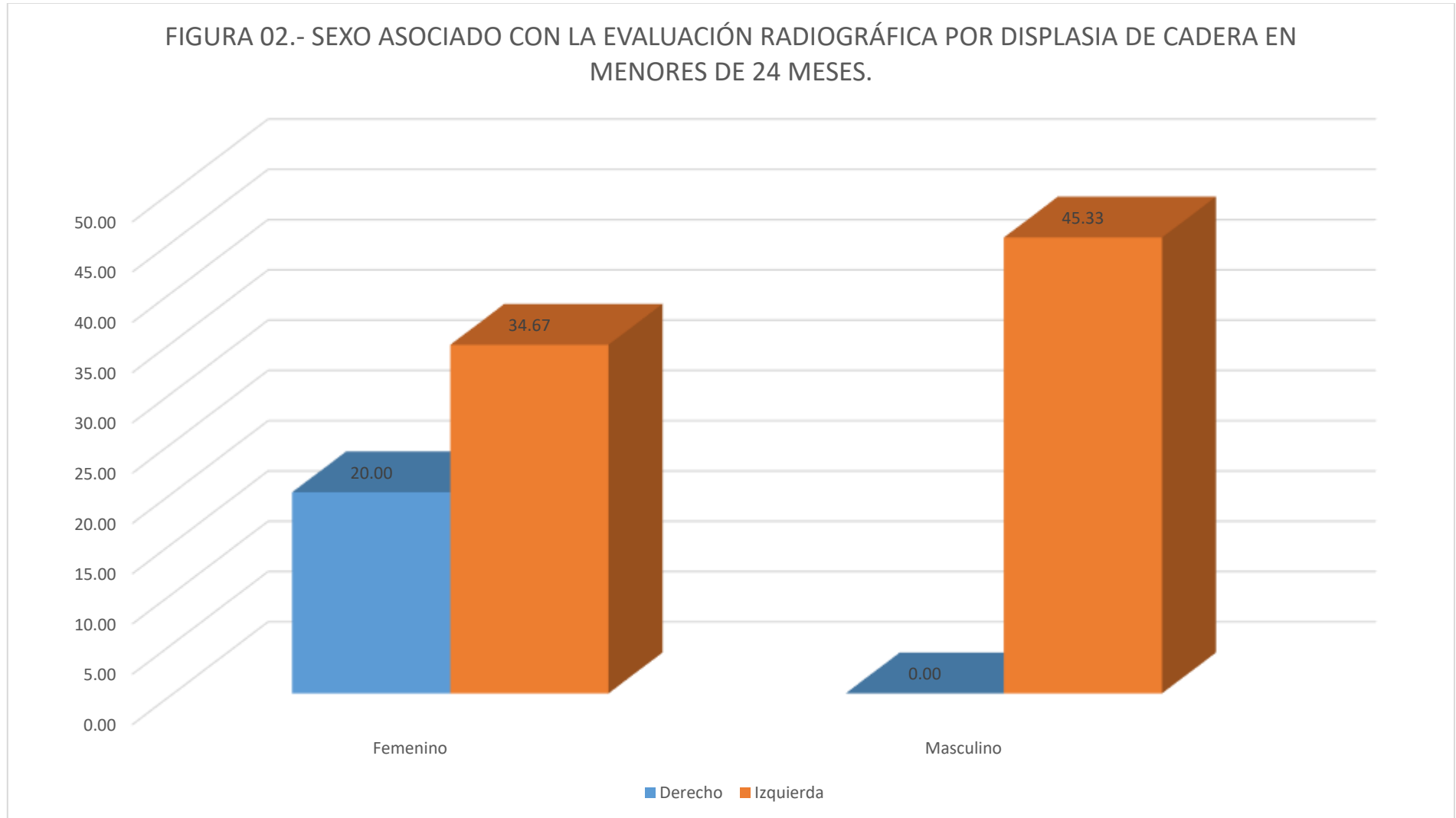
$$X^2_{cal} = 15,549$$

$$p = 0,000$$

$$X^2_{tab} = 3,841$$

$$Gf = 1$$

FIGURA 02.- SEXO ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.



Fuente: tabla 02.



En la tabla y figura 02 analizamos el sexo de los menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera, donde el 54,67% es de sexo femenino, 45,33% es de sexo masculino.

De los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado izquierdo según diagnóstico de Rx el 45,33% es de sexo masculino, el 34,67% es de sexo femenino; de los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado derecho según diagnóstico de Rx el 20% es de sexo femenino.

Mediblemente, la especulación se intentó utilizando la prueba chi-cuadrado, con una certeza del 95%, $X^2_{cal}=15,549$ mayor a $X^2_{tab}=3,841$, $gl=1$, $p=0,000$ es significativa, el sexo está asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

Uno de los factores de riesgo es el sexo femenino, las estadísticas demuestran que son los niños primogénitos que tienen algún riesgo también, la historia familiar de displasia de cadera, presentación de nalgas, oligoamnios, metatarsus adductus, espina bífida, por ello es importante realizar un diagnóstico oportuno y adecuado para identificar oportunamente problemas a nivel de las caderas.

TABLA 03.- PARIDAD ASOCIADA CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.

Paridad	Ubicación de la displasia de cadera según Rx				Total	
	Cadera Derecha		Cadera Izquierda		fi	%
	Fi	%	Fi	%		
Primigesta	15	20.00	47	62.67	62	82.67
Multigesta	0	0.00	13	17.33	13	17.33
Total:	15	20.00	60	80.00	75	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

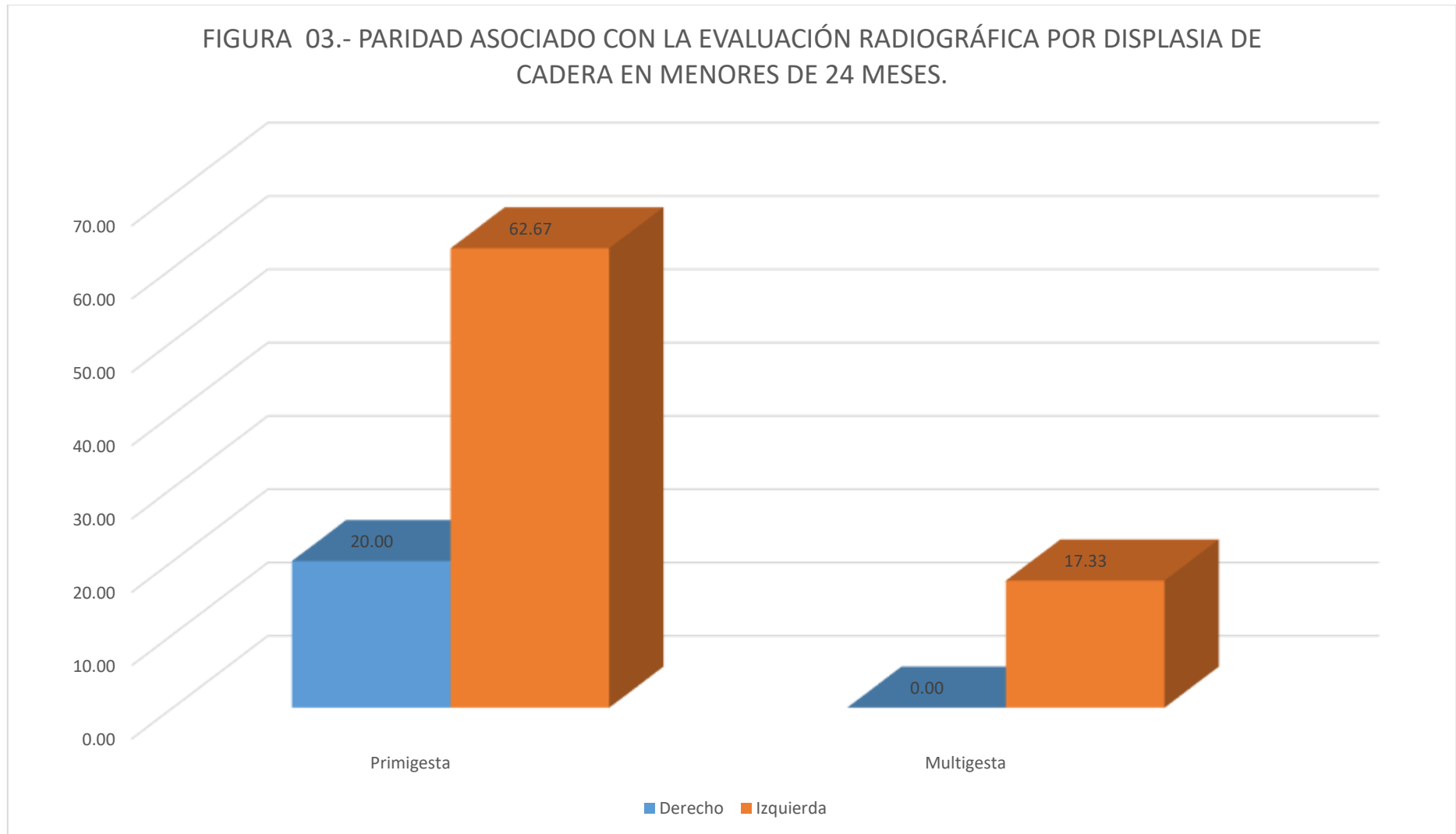
$$X^2_{cal} = 3,931$$

$$p = 0,047$$

$$X^2_{tab} = 3,841$$

$$G = 1$$

FIGURA 03.- PARIDAD ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.



Fuente: tabla 03.



En la tabla y figura 03 analizamos la paridad de los menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera, donde el 82,67% refiere que es primigesta, 17,33% refiere que es multigesta.

De los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado izquierdo según diagnóstico de Rx el 62,67% refiere que es primigesta, 17,33% refiere que es multigesta; de los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado derecho según diagnóstico de Rx el 20% refiere que es primigesta.

Mediblemente, la especulación se intentó utilizando la prueba chi-cuadrado, con una certeza del 95%, $X^2_{cal}=3,931$ mayor a $X^2_{tab}=3,841$, $gl=1$, $p=0,047$ es significativa, la paridad está asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

Algunos estudios han coincidido y también las estadísticas de valoración de displasia de cadera en que son los hijos primogénitos los que generalmente tienen alta probabilidad de desencadenar displasia de caderas siempre y cuando tengan alto riesgo de este problema, esto se explica porque la matriz aun esta muy dura por así decirlo y no se expande con facilidad, mientras que el hijo segundo, tercero a más ya la matriz esta algo ligera.

TABLA 04.- LIMITACIÓN DE ABDUCCIÓN ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.

Limitación de abducción	Ubicación de la displasia de cadera según Rx				Total	
	Cadera Derecha		Cadera Izquierda		fi	%
	fi	%	Fi	%		
Mayor a 60°	0	0.00	19	25.33	19	25.33
Menor a 60°	15	20.00	41	54.67	56	74.67
Total:	15	20.00	60	80.00	75	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal} = 6,362$$

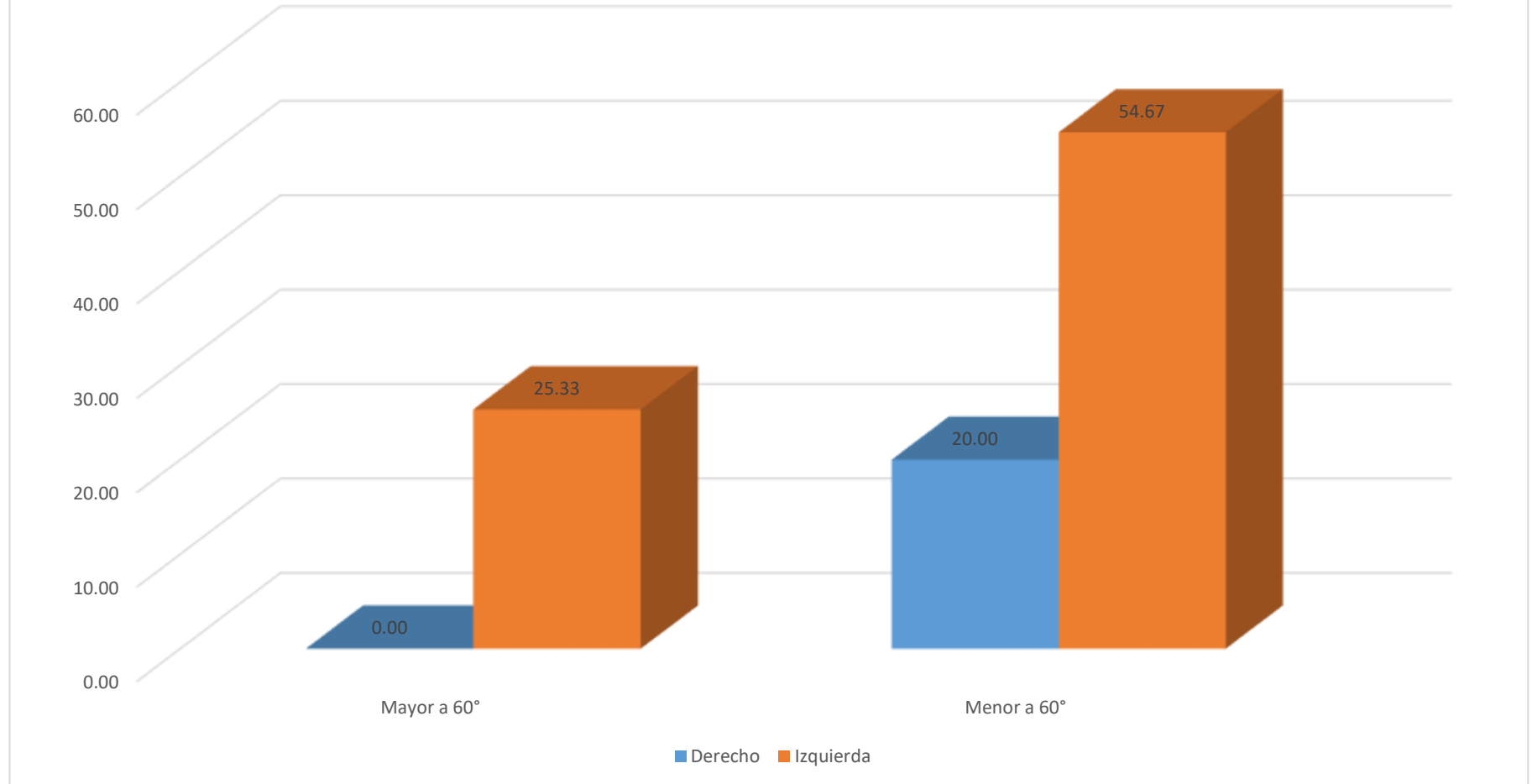
$$p = 0,012$$

$$X^2_{tab} = 3,841$$

$$Gf = 1$$



FIGURA 04.- LIMITACION DE ABDUCCION ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.



Fuente: tabla 04.



El segundo objetivo específico planteado es: Mencionar los aspectos de la evaluación clínica de los pacientes asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

En la tabla y figura 04 analizamos la limitación de abducción de los menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera, donde el 74,67% refiere que es menor a 60°, 25,33% refiere que es mayor a 60°.

De los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado izquierdo según diagnóstico de Rx el 54,67% refiere que es menor a 60°, 25,33% refiere que es mayor a 60°; de los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado derecho según diagnóstico de Rx el 20% refiere que es menor a 60°.

Mediblemente, la especulación se intentó utilizando la prueba chi-cuadrado, con una certeza del 95%, $X^2_{cal}=6,362$ mayor a $X^2_{tab}=3,841$, $gl=1$, $p=0,012$ es significativa, la limitación de abducción está asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

La displasia del desarrollo de la cadera son muchos los factores que ayudan a su aparición, inclusive muchas de manera congénita, conocida como un conjunto de irregularidades que influyen en la articulación coxofemoral: displasia, subluxación y separación de la cadera, 'displasia' retrata anomalías en el diseño femoral.

TABLA 05.- SIGNOS DE ORTOLANI ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.

Signos de Ortolani	Ubicación de la displasia de cadera según Rx				Total	
	Cadera Derecha		Cadera Izquierda		fi	%
	fi	%	fi	%		
Presente +	15	20.00	43	57.33	58	77.33
Ausente -	0	0.00	17	22.67	17	22.67
Total:	15	20.00	60	80.00	75	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

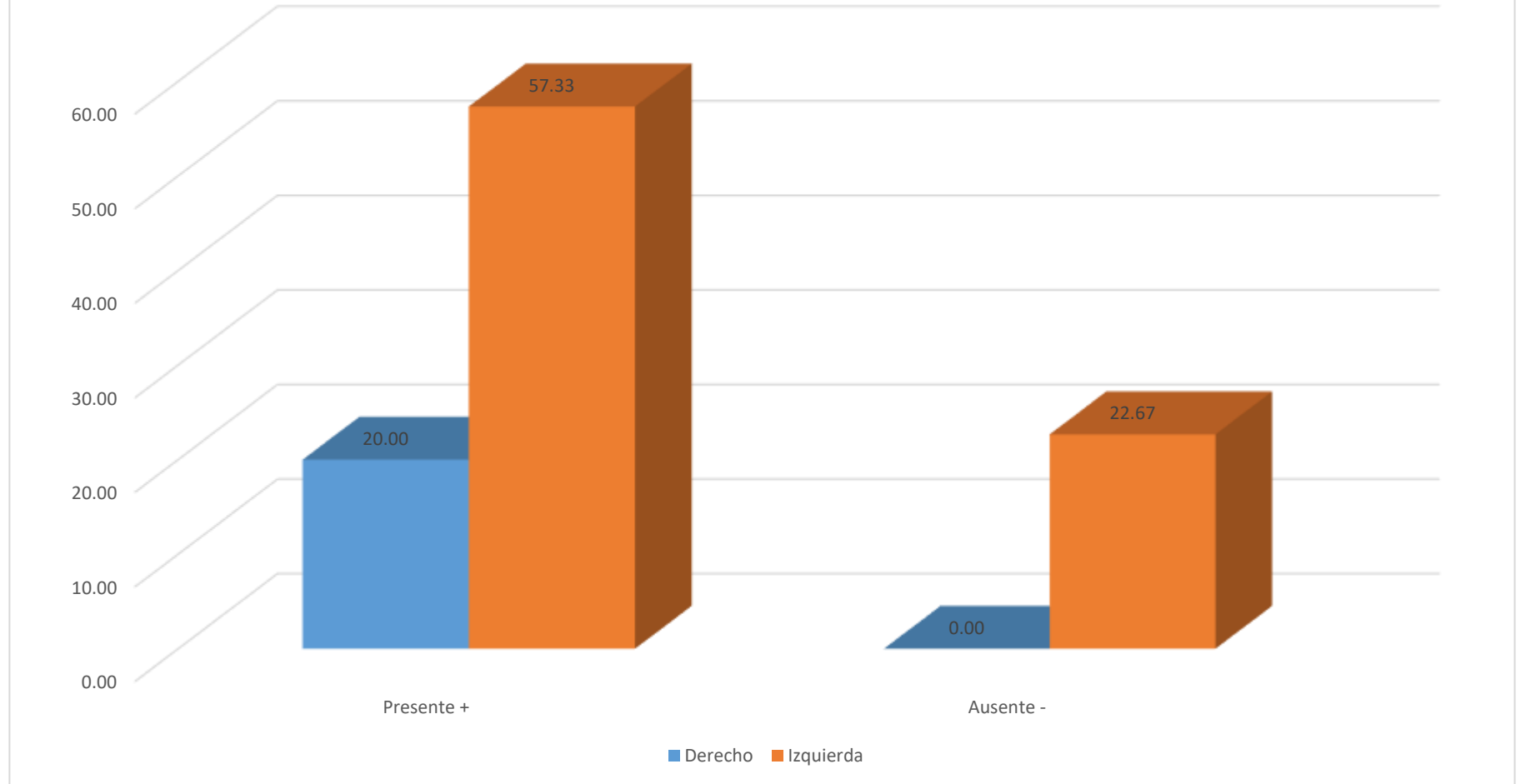
$$X^2_{cal} = 5,496$$

$$p = 0,019$$

$$X^2_{tab} = 3,841$$

$$Gl = 1$$

FIGURA 05.- SIGNOS DE ORTOLANI ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.



Fuente: tabla 05.



En la tabla y figura 05 analizamos los signos de Ortolani de los menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera, donde el 77,33% presenta signo de Ortolani, el 22,67% signo de Ortolani ausente.

De los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado izquierdo según diagnóstico de Rx el 57,33% presenta signo de Ortolani, el 22,67% signo de Ortolani ausente; de los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado derecho según diagnóstico de Rx el 20% presenta signo de Ortolani.

Mediblemente, la especulación se intentó utilizando la prueba chi-cuadrado, con una certeza del 95%, $X^2_{cal}=5,496$ mayor a $X^2_{tab}=3,841$, $gl=1$, $p=0,019$ es significativa, los signos de Ortolani están asociadas con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

El signo de Ortolani es un método que ayuda a buscar problemas para para disminuir una cadera poco sana, subluxada o desarticulada, el sistema consiste en flexionar el muslo en un punto derecho, colocando el pulgar sobre la superficie interna del muslo proximal y el dedo central al nivel del trocánter más prominente, se juega un desarrollo de secuestro, este signo es positivo si se observa un «tic» con el movimiento dependerá de la habilidad y destreza de quienes la realizan.

TABLA 06.- CONTINUIDAD DE LA LÍNEA DE SHENTON ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.

Continuidad de la línea de Shenton	Ubicación de la displasia de cadera según Rx				Total	
	Cadera Derecha		Cadera Izquierda		Fi	%
	fi	%	Fi	%		
Continua	14	18.67	28	37.33	42	56.00
Discontinua	1	1.33	32	42.67	33	44.00
Total:	15	20.00	60	80.00	75	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

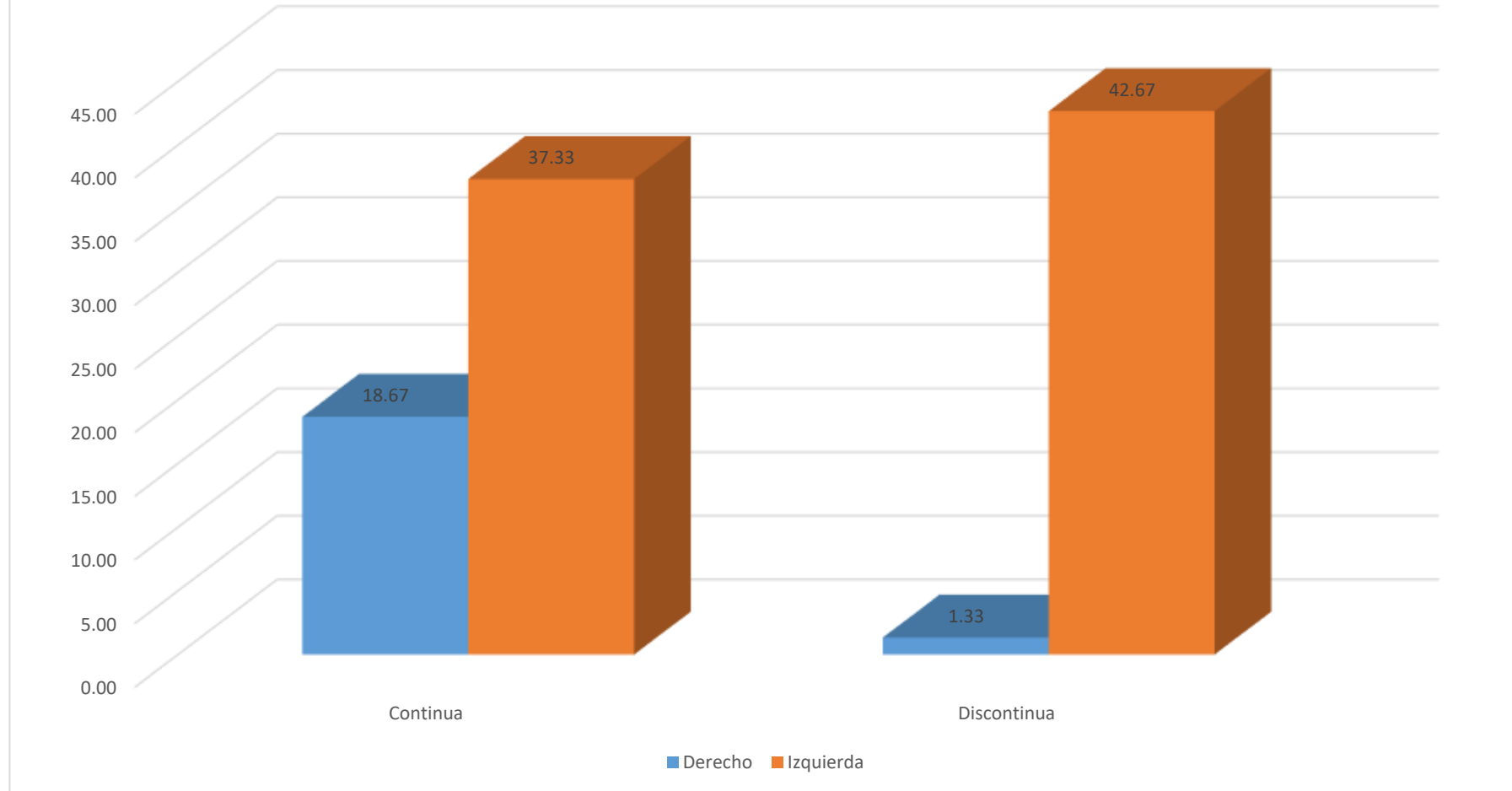
$$X^2_{ca} = 10,606$$

$$p = 0,001$$

$$X^2_{tab} = 3,841$$

$$G = 1$$

FIGURA 06.- CONTINUIDAD DE LA LINEA DE SHENTON ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.



Fuente: tabla 06.



En la tabla y grafico 06 analizamos la continuidad de la línea de Shenton de los menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera, donde el 56% presenta la línea de Shenton continua, 44% presenta la línea de Shenton discontinua.

De los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado izquierdo según diagnóstico de Rx el 42,67% presenta la línea de Shenton discontinua, el 37,33% presenta la línea de Shenton continua; de los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado derecho según diagnóstico de Rx el 18,67% presenta la línea de Shenton continua, 1,33% presenta la línea de Shenton discontinua.

Mediblemente, la especulación se intentó utilizando la prueba chi-cuadrado, con una certeza del 95%, $X^2_{cal}=10,606$ mayor a $X^2_{tab}=3,841$, $gl=1$, $p=0,001$ es significativa, la continuidad de la línea de Shenton están asociadas con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

Anatómicamente El segmento circular de Shenton es la línea incesante a lo largo del borde medio del cuello femoral y el borde superior del agujero obturador; cuando se desarraiga la cabeza femoral o se juega la escandalosa revolución exterior del apéndice, se pierde la congruencia de esta curva, bajo el término de displasia congénita de la cadera (DCC).

TABLA 07.- ÍNDICE ACETABULAR ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.

Índice acetabular	Ubicación de la displasia de cadera según Rx				Total	
	Cadera Derecha		Cadera Izquierda		fi	%
	Fi	%	Fi	%		
≥ 30°	14	18.67	31	41.33	45	60.00
<30°	1	1.33	29	38.67	30	40.00
Total:	15	20.00	60	80.00	75	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

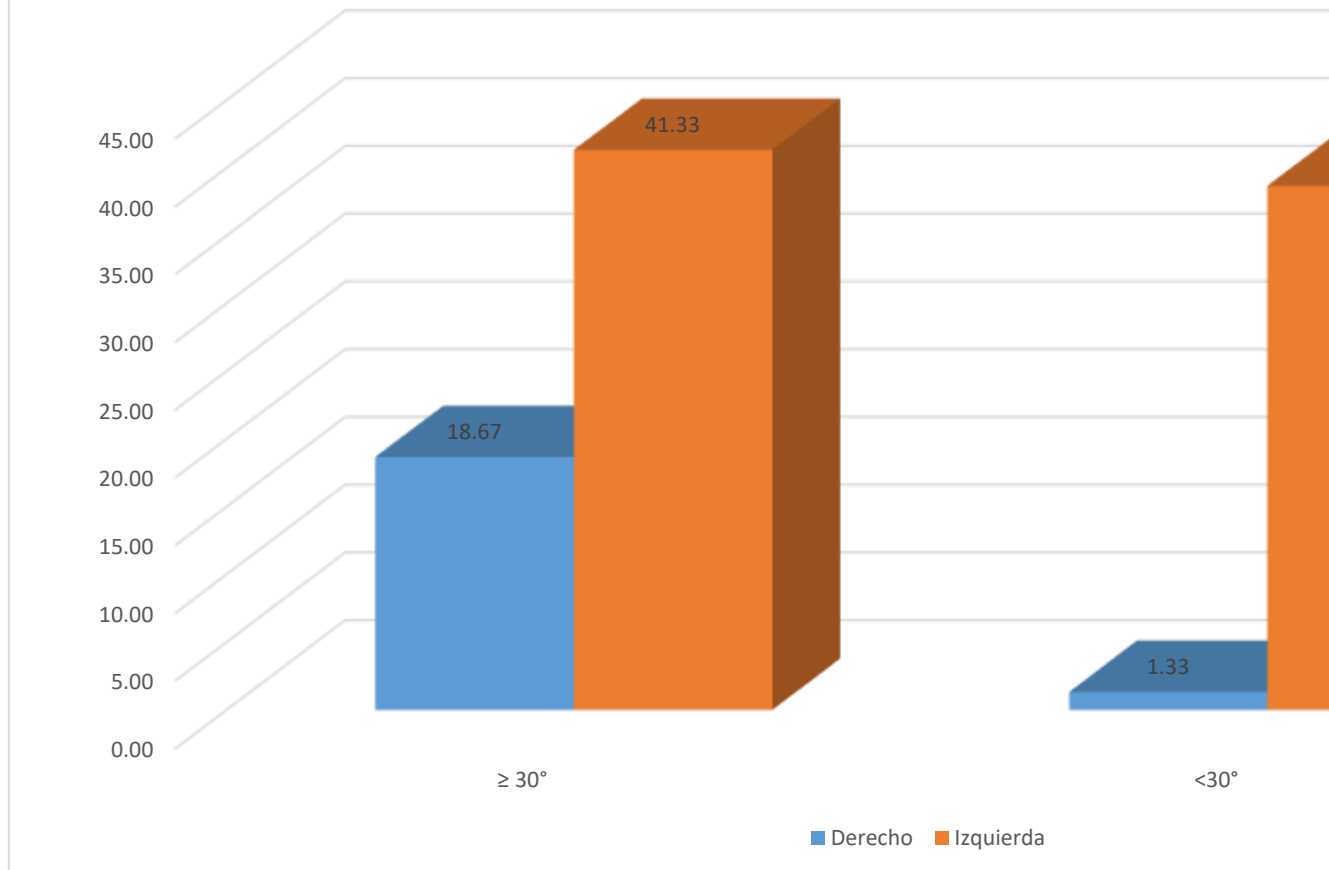
$$X^2_{cal} = 8,681$$

$$p = 0,003$$

$$X^2_{tab} = 3,841$$

$$G/ = 1$$

FIGURA 07.- INDICE ACETABULAR ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RAD DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES DEL HOSPITAL CARLOS DE LA CIUDAD DE JULIACA EN EL 2023.



Fuente tabla 07.

En la tabla y figura 07 analizamos el índice acetabular de los menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera, donde el 60% presenta un índice acetabular $\geq 30^\circ$, 40% presenta un índice acetabular $< 30^\circ$.

De los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado izquierdo según diagnóstico de Rx el 41,33% presenta un índice acetabular $\geq 30^\circ$, 38,67% presenta un índice acetabular $< 30^\circ$; de los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado derecho según



diagnóstico de Rx el 18,67% presenta un índice acetabular $\geq 30^\circ$, 1,33% presenta un índice acetabular $<30^\circ$.

Mediblemente, la especulación se intentó utilizando la prueba chi-cuadrado, con una certeza del 95%, $X^2_{cal}=8,681$ mayor a $X^2_{tab}=3,841$, $gl=1$, $p=0,003$ es significativa, el índice acetabular está asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

Anatómicamente el registro acetabular (o punto acetabular) se compara con el punto formado por la línea de Hilgenreiner y una línea de digresión a la cavidad del hueso de la cadera, esta estimación se utiliza mucho para decidir la presencia de displasia de cadera en la exposición introductoria y en el seguimiento resultante, ayuda a evaluar un problema a nivel de la cadera.

TABLA 08.- ECTOPIA DE NÚCLEO DE OSIFICACION ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.

Ectopia de núcleo de osificación	Ubicación de la displasia de cadera según Rx				Total	
	Cadera Derecho		Cadera Izquierda		fi	%
	fi	%	Fi	%		
Ectópico	15	20.00	34	45.33	49	65.33
No ectópico	0	0.00	26	34.67	26	34.67
Total:	15	20.00	60	80.00	75	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

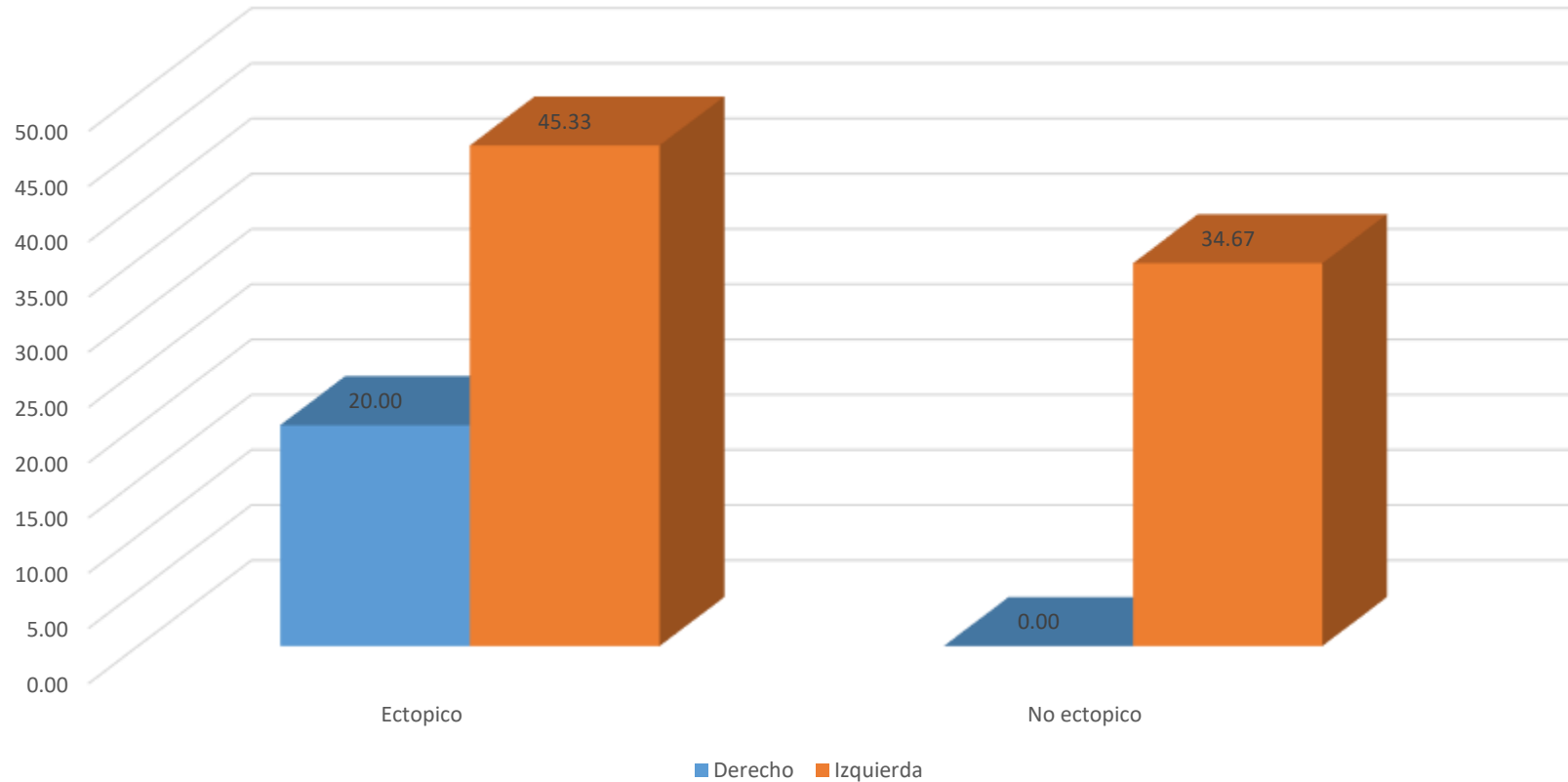
$$X^2_{cal} = 9,949$$

$$p = 0,002$$

$$X^2_{tab} = 3,841$$

$$G/ = 1$$

FIGURA 08.- ECTOPIA DE NUCLEO DE ASIFICACION ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE LA CIUDAD DE JULIACA EN EL 2023.



Fuente: tabla 08.



En la tabla y figura 08 analizamos la ectopia de núcleo de osificación de los menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera, donde el 65,33% presenta el núcleo de osificación ectópico, 34,67% presenta el núcleo de osificación no ectópico.

De los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado izquierdo según diagnóstico de Rx el 45,33% presenta el núcleo de osificación ectópico, 34,67% presenta el núcleo de osificación no ectópico; de los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado derecho según diagnóstico de Rx el 20% presenta el núcleo de osificación ectópico.

Mediblemente, la especulación se intentó utilizando la prueba chi-cuadrado, con una certeza del 95%, $X^2_{cal}=9,949$ mayor a $X^2_{tab}=3,841$, $gl=1$, $p=0,002$ es significativa, la ectopia de núcleo de osificación está asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

Es importante realizar un procedimiento de control y este es una ecografía por trimestre, pero si hay problemas se podría aconsejar hasta más ecografías, pero evitar mucha radiación al bebe, solo de ser necesario se indicará para evitar complicaciones en la gestante.

TABLA 09.- SIGNO DE PLIEGUE ASOCIADO CON LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.

Signo de pliegue	Ubicación de la displasia de cadera según Rx				Total	
	Derecho		Izquierda		fi	%
	fi	%	fi	%		
Presente +	13	17.33	11	14.67	24	32.00
Ausente -	2	2.67	49	65.33	51	68.00
Total:	15	20.00	60	80.00	75	100.00

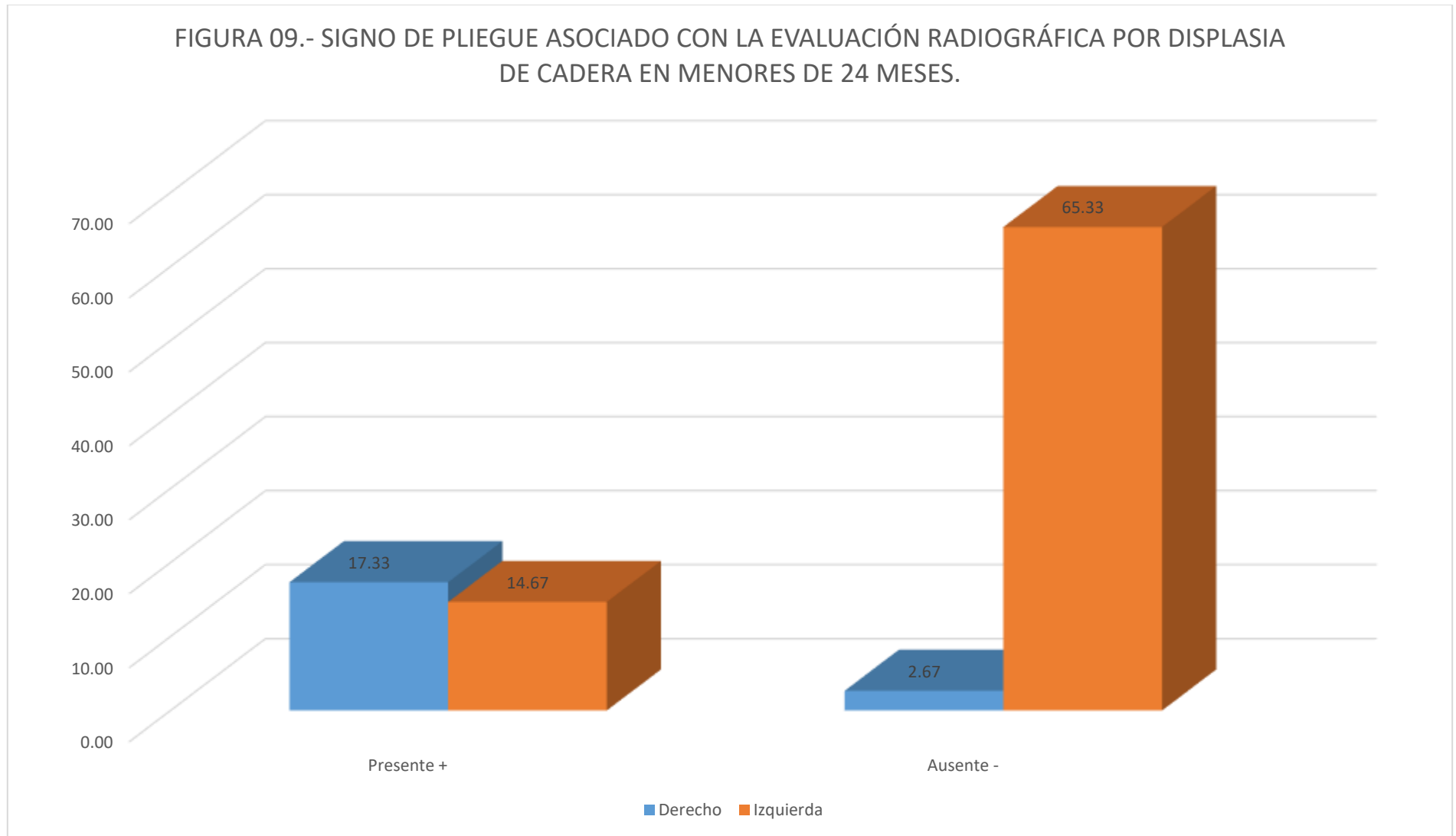
Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal} = 25,751$$

$$p = 0,000$$

$$X^2_{tab} = 3,841$$

$$Gl = 1$$



Fuente: tabla 09.



En la tabla y figura 09 analizamos el signo de pliegue de los menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera, donde el 68% tiene el signo de pliegue ausente, el 32% tiene el signo de pliegue presente.

De los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado izquierdo según diagnóstico de Rx el 65,33% tiene el signo de pliegue ausente, el 14,67% tiene el signo de pliegue presente; de los niños menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera en el lado derecho según diagnóstico de Rx el 17,33% tiene el signo de pliegue presente, el 2,67% tiene el signo de pliegue ausente.

Mediblemente, la especulación se intentó utilizando la prueba chi-cuadrado, con una certeza del 95%, $X^2_{cal}=25,751$ mayor a $X^2_{tab}=3,841$, $gl=1$, $p=0,000$ es significativa, el signo de pliegue está asociada con la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

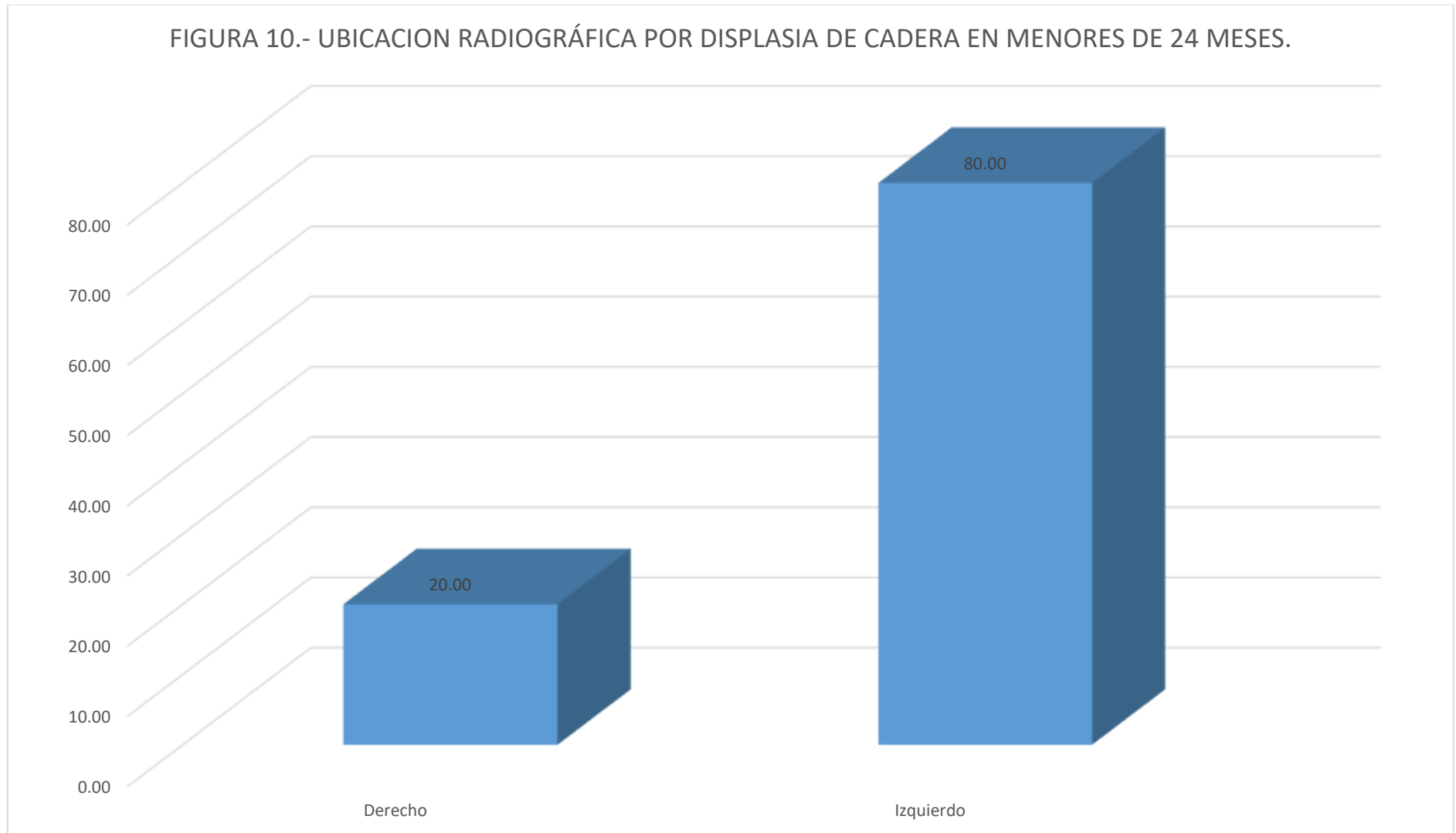
Uno de los procedimientos que ayuda a realizar un diagnóstico que puede ayudar a identificar la displasia de cadera, es la evaluación de identificar la existencia de los Pliegues Asimétricos, solo puede ayudar a identificar estos problemas, por ello la profesional de la evaluación integral deberá de tener la habilidad y destreza para identificar estos problemas.



TABLA 10.- UBICACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES.

	Fi.	%
Derecho	15	20.00
Izquierdo	60	80.00
Total:	75	100.00

Fuente: Guía de entrevista.



Fuente: tabla 10.



El tercer objetivo específico planteado es: Describir la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses.

En la tabla y figura 10 analizamos la ubicación radiográfica de los menores de 24 meses con diagnóstico de displasia de cadera, donde el 80% presenta displasia de cadera del lado izquierdo, 20% presenta displasia de cadera del lado derecho.

Los niños identificados con displasia de la cavidad ósea de la cadera, subluxación y separación, es crítico lograr el hallazgo precoz y el tratamiento oportuno a través de la señal de un experto que demuestre el tratamiento adecuado a partir de la utilización de ortesis o cualquier otra estrategia, que asegure el descenso concéntrico de la cabeza femoral dentro de la inserción acetabular, amerita realizar un diagnóstico oportuno para identificar e intervenir en el tratamiento.



DISCUSIÓN

Las características de riesgo asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses, son: un 69,33% tiene de 6 a 12 meses de edad, un 54,67% es de sexo femenino, un 82,67% la madre es primigesta, un 74,67% tiene una limitación de abducción de menor a 60°, un 77,33% tiene el signo de Ortolani presente, un 56% presenta una línea de Shenton continua, un 60% tiene un índice acetabular $\geq 30^\circ$, un 65,33% tiene un núcleo osificación ectópico, un 68% tiene signo de pliegue ausente, evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses es con mayor frecuencia del lazo izquierdo, es el 80% presenta displasia de cadera del lado izquierdo, 20% presenta displasia de cadera del lado derecho.

Según los estudios de: Valencia J. S. Orozco D. C. Gonzales M. A. et. Al. Una mirada renovada a la displasia de cadera en jóvenes y adultos, Colombia; cierra: La displasia formativa de la cadera es una condición clínica que muchas veces es ignorada al evaluar un infante, con resultados maliciosos para el movimiento, ya que al principio influye en el niño, además de requerir técnicas de imagen, y requerir mediación, ya sea muscular o cuidadosa, se convierte en una enfermedad multidisciplinaria, el tratamiento va desde la administración muscular con brida de Pavlik, yeso espica mortero, osteotomías pélvicas o femorales, hasta llegar a la sustitución de la cadera; según Estrada L. M. Contreras E. E. Hallazgo, Guatemala, razones que: los precursores son factores de riesgo relacionados con ella, al igual que otras contorsiones del apéndice inferior, por ejemplo, el pie zambo, la cadera más frecuentemente impactada clínico debe darse cuenta de las variables de riesgo para realizar una valoración



real dirigida y llegar a una conclusión oportuna para dar tratamiento temprano, el tamizaje no sólo debe construirse en la valoración clínica del infante, sino en la mejoría del joven; las investigaciones de Requeiro J. J. Machado A. M. Pardiñas L. K. et. Al. Estrategia para cuantificar la cadera en estadio cartilaginosa según la perspectiva radiográfica, Cuba; razones que: se hace problemático femoral, el sistema propuesto tiene como componente subyacente el aseguramiento de focos de referencia; según Silva D. S. Lista de Reimers, Smith, Tonis, Pawels frente versus registro acetabular en la elección de la situación de abordaje de Pavlik en pacientes determinados con displasia de cadera en la clínica médica Vozandes Quito; cierra: con un tiempo medio de 4. 63 meses, 52% varones y 48% mujeres, las caderas concentradas utilizando el archivo acetabular introdujeron una.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** Las características de riesgo asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses son: los aspectos generales y la evaluación clínica de los pacientes, todas las variables son significativas con una $p < 0,05$ con lo cual se acepta la hipótesis planteada.
- SEGUNDA** Los aspectos generales asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses son: un 69,33% tiene de 6 a 12 meses de edad ($ns = 0,047$), un 54,67% es de sexo femenino ($ns = 0,00$), un 82,67% la madre es primigesta ($ns = 0,047$), todas las variables son significativas con una $p < 0,05$.
- TERCERA** Los aspectos de la evaluación clínica de los pacientes asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses son: un 74,67% tiene una limitación de abducción de menor a 60° ($ns = 0,012$), un 77,33% tiene el signo de Ortolani presente ($ns = 0,019$), un 56% presenta una línea de Shenton continua ($ns = 0,001$), un 60% tiene un índice acetabular $\geq 30^\circ$ ($ns = 0,003$), un 65,33% tiene un núcleo osificación ectópico ($ns = 0,002$), un 68% tiene signo de pliegue ausente ($ns = 0,00$), todas las variables son significativas con una $p < 0,05$.



CUARTA La evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses es el 80% presenta displacia de cadera del lado izquierdo, 20% presenta displasia de cadera del lado derecho.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Hospital Carlos Monge Medrano deben de optar medidas de prevención de displasia de cadera, donde de forma obligatoria el 100% de gestantes reciban un control de radiografía en la evaluación de caderas de los bebés dentro del vientre materno, además educar a las mujeres en edad fértil sobre las medidas de prevención para evitar problemas a nivel de cadera.

SEGUNDA: Al jefe de servicio de Radiología deben de mejorar aspectos de técnicas de evaluación a los niños que se sospeche de displasia de cadera y de esta manera obtener un resultado certero para que el médico gineco obstetra confirme su diagnóstico que pudiera haberlos solicitado para descartarla, además que el médico gineco obstetra deberá de indicar una radiografía según vea conveniente durante el embarazo para identificar oportunamente algún problema de displasia de cadera.

TERCERA: A los médicos gineco obstetras, la obstetra, el pediatra, la licenciada en enfermería del Hospital Carlos Monge Medrano responsable del desarrollo infantil temprano, además de otros profesionales que tienen la responsabilidad de la evaluación integral del niño desde el embarazo, deberán educar sobre aspectos o factores que pueden contribuir a identificar luxación de cadera en los niños y niñas para prevenir este problema si es el



caso, en todo caso no faltar a las evaluaciones de control donde se identifican problemas oportunamente.

CUARTA: A los tecnólogos Médicos con especialidad en Radiología del Hospital Carlos Monge Medrano deberán realizar mayor número de estudios para mejorar las técnicas de diagnóstico y de esta manera tener diagnósticos más precisos en la identificación de luxación de caderas desde el embarazo, en pacientes pediátricos antes de que el niño cumpla un año de edad, antes de que inicie a caminar considerando que es un momento adecuado para corregir dichos problemas, puesto que pasado el año de edad probablemente el tratamiento sea quirúrgico.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA PERÚ. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y del niño menor de cinco años, 2017.
2. Isunza-Ramírez A. Isunza-Alonso OD. Instituto Nacional de Pediatría, México. Displasia de la cadera. Acta Pediatr Mex 2015;36:205-207.
3. Cabrera C. Vega AP. De la Cruz Z. Pi Gómez A. Diagnóstico precoz de la displasia del desarrollo de la cadera, una necesidad. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. 2010; 24(2): 57-69.
4. Raimann A. Enfermedad Luxante de Cadera. Capítulo 1. Pag.13. Santiago, Chile 2003.
5. Valencia J. S. Orozco D. C. Gonzales M. A. et. Al. Una mirada actualizada a la displasia de cadera en niños y adultos. Colombia;2021.
6. Estrada L. M. Contreras E. E. Diagnóstico tardío en pacientes pediátricos con displasia de la cadera en desarrollo. Guatemala 2021.
7. Requeiro J. J. Machado A. M. Pardiñas L. K. et. Al. Metodología para medir la cadera en etapa cartilaginosa desde el punto de vista radiográfico. Cuba; 2017.
8. Silva D. S. Índice de Reimers, Smith, Tonis, ceja de Pawels vs índice acetabular en la decisión de colocación de arnés de Pavlik en pacientes con diagnóstico de displasia de cadera en el hospital Vozandes Quito; 2017.
9. Ochoa K. Utilidad del borde acetabular externo (línea A-A) y la prueba de piston como parámetro para la toma de decisión del tratamiento en pacientes con displasia del desarrollo de la cadera entre los 18 y los 3 años de edad. México; 2016.



10. Cuadrado J. M A. Epidemiología de los factores de riesgo para displasia de cadera en pacientes pediátricos de un Hospital de Huancayo, Junín; 2021 – 2022.
11. Pomataylla M. Características clínico epidemiológicas de displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses de edad, Hospital Regional del Cusco; 2015 – 2018.
12. Bobadilla D. E. Utilidad de la radiografía en displasia congénita de cadera y factores de riesgo en el Hospital María Auxiliadora 2017 – 2018.
13. Eulogia D. Signos radiográficos y características sociodemográficas en lactantes de 4 a 12 meses de edad, con diagnóstico presuntivo de displasia del desarrollo de la cadera - Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, período enero - marzo del 2017.
14. Tapia A. R. Utilidad de la radiología digital y convencional en el diagnóstico radiológico de displasia de cadera en el departamento de diagnóstico por imágenes del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa; 2016.
15. Portocarrero J. Displasia del desarrollo de cadera, diagnóstico, factores asociados y eficacia del tratamiento en menores de 2 años atendidos en el servicio de traumatología del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno; 2018 a 2019.
16. Cadera y factores asociados en niños y niñas de 2 a 24 meses en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno del 2016 al 2018.
17. Moya BX. Factores asociados a displasia del desarrollo de cadera en menores de 1 año atendidos en el Hospital EsSalud III Juliaca, 2019.



18. Flores F. E. Yana G. A. Riesgos predominantes de la ruptura prematura de membranas en gestantes que ingresan al Hospital San Juan de Dios de Ayaviri; 2017. (18)
19. Uclés-Galdanez M. Alvarenga O. Resultados del Tratamiento de la Luxación Congénita de Cadera en el Hospital Materno Infantil. REV MED POST UNAH Vol. 5 No. 2 Mayo-Agosto, 2000.
20. Olivo-Rodríguez AG. Redón-Tavera A. Detección Temprana Clínica y Radiológica Básica de la Displasia Congénita de Cadera en Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención. Acta Ortopédica Mexicana 2016; 30(2): Mar.-Abr: 67-72
21. Silva-Caicedo O. Garzón-Alvarado DA. Antecedentes, Historia y Pronóstico de la Displasia del Desarrollo de la Cadera. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas 2011;30(1):141-162.
22. Mazzi E. Educación Médica Continua. Displasia del Desarrollo de la Cadera. Sociedad Boliviana de Pediatría. Rev SOC bolped 2011; 50 (1): 57 – 64.
23. Rosa KY. Displasia de cadera en desarrollo incidencia y factores de riesgo en recién nacidos. Hospitales Mario Rivas y Leonardo Martínez. Tesis Honduras. Disponible en:
<http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS88/pdf/TMVS88.pdf>
24. Durán-Calle J. Crispin-Nina D. Guizada-Montaño J. N. Correlación de displasia de cadera con factores de riesgo - hospital municipal Achacachi. Cuad. - Hosp. Clín. 2021; 62(2): 26-34. Disponible en:
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762021000200004&lng=es.](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762021000200004&lng=es)



25. Brenes M. Flores A. Meza A. Actualización en displasia del desarrollo de la cadera. Revista Médica Sinergia. 2020;5(9): p. 574. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/574>.
 26. Vidal C. Sosa J. Factores predisponentes para la presencia de Displasia del Desarrollo de la Cadera. Medigraphic.2013;15(1): p. 6-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/opediatricia/op-2013/op131b.pdf>.
 27. Claro- Hernández J. Mora- Ríos F. Mejía-Rehenes C. Epidemiología de la Displasia de la Cadera. Revista Española Médico Quirúrgico. 2017;22(1):p.22-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47355060003.pdf>
 28. Moraleda L. Albiñana J. Salcedo M. González-Moran G. Displasia del desarrollo de la cadera. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2013;57(1): p. 67-77. Disponible en: <https://www.elsevier.es/esrevista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-displasiadel-desarrollo-cadera-S1888441512001701>.
 29. Sarmiento N. González E. Vázquez C JL. Et. Al. Riesgo de displasia del desarrollo de la cadera en pacientes sometidos a versión cefálica externa. Anales de Pediatría. 2018;88(3): p. 136-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403317301625>.
 30. Osorio-García J, Mendieta-Alcántara G. Medición radiográfica del ángulo acetabular para el diagnóstico temprano de la displasia del desarrollo de la cadera. 66 Acta Ortopédica Mexicana. 2018;32(5): p. 274-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=844>
- [32.](#)



31. Escribano C. Bachiller L. Marín SI. et al. Displasia evolutiva de caderas: más allá del cribado. La exploración, nuestra asignatura pendiente. Anales de Pediatría. 2021;95(4): p. 240-5. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403320302861>.
32. Cruz M. Volpon J. Evaluación ortopédica y ecográfica de la estabilidad de la cadera de recién nacidos remitidos por pediatras con sospecha de Displasia del Desarrollo. PubMed. 2020;46(6): p. 5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32022108/>.
33. Buonsenso D. Curatola A. Lazzareschi I. et al. Displasia del desarrollo de la cadera: datos del mundo real de un análisis retrospectivo para evaluar la efectividad de la detección universal. J Ultrasonido. Pubmed. 2021;24(4): p. 403-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40477-020-00463-w>.
34. Kliegman R. Geme JS. Blum N. Shah SS. Tasker RC. Nelson Tratado de pediatría. 19a ed. Barcelona: Elseiver; 2011
35. Andrango SA. Ordoñez FA. Determinación de la prevalencia de Displasia de cadera en desarrollo en niños de 3 a 6 meses mediante estudio Clínico y Radiológico para diagnóstico precoz y prevención de complicaciones en la consulta externa de Pediatría 70 del Hospital Baca Ortiz Quito 2012. 2014.p. 72. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4592>
36. Gónzales J. Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Displasia del desarrollo de la cadera. 2013. p. 29. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/091GRR.pdf>
37. Kolb A, Schweiger N, Mailath-Pokorny M, Kaider A, Hobusch G, Chiari C, et al. Baja incidencia de displasia del desarrollo precoz de cadera en el



cribado ultrasonográfico universal de recién nacidos: análisis y evaluación de factores de riesgo. Int Orthop.2016;40(1): p. 123-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25940606/>



ANEXOS



ANEXO N° 01

Guía de entrevista

1. CARACTERÍSTICAS DE RIESGO.

1.1. ASPECTOS GENERALES.

1.1.1. Edad.

- a. 6 a 12 meses
- b. 12 a 24 meses

1.1.2. Sexo

- a. Femenino
- b. Masculino

1.1.3. Paridad

- a. Primigesta
- b. Multigesta

1.2. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES.

1.2.1. Limitación de abducción

- a. Mayor a 60°
- b. Menor a 60°

1.2.2. Signo de Ortolani

- a. Presente +
- b. Ausente –

1.2.3. Continuidad de la línea de Shenton

- a. Continua



- b. Discontinua
- c. No registrado

1.2.4. Índice acetabular

- a. $\geq 30^\circ$
- b. $<30^\circ$

1.2.5. Ectopia de núcleo de osificación

- a. Ectópico
- b. No ectópico
- c. No registra

1.2.6. Signo de pliegue

- a. Presente +
- b. Ausente –



Anexo 02

Guía de observación

2. EVALUACIÓN RADIOGRAFÍA POR DISPLASIA DE CADERA

- a. Derecho
- b. Izquierdo
- c. Ambos (bilateral)



ANEXO N° 03.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo madre de la menor de edad, autorizo realizar preguntas en este proceso de investigación, dicho trabajo se realizará con el propósito de indagar el estudio titulado: **"CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023"** su participación será de forma voluntaria, anónima y confidencial, por lo que, usted tiene todo el derecho de aceptar o negarse a participar del estudio, al mismo tiempo manifestarle que si desea realizar alguna pregunta con respecto al estudio en investigación, estamos a su entera disposición para esclarecerle. Luego del procesamiento de los datos obtenidos, los instrumentos utilizados para la recolección de datos serán destruidos con el fin de proteger la integridad física y moral de los participantes del estudio.

Gracias

Firma Huella Digital del tutor

ANEXO N° 04

GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante (Experto): Wilmer Geremias Baldeon Romero
1.2 Grado académico: licenciado en Tecnología Médica - Radiología
1.3 Profesión: Tecnólogo Médico
1.4 Institución donde labora: Essalud - Juliaca
1.5 Cargo que desempeña: Tecnólogo Médico en Radiología
1.6 Denominación del Instrumento: Ficha de Recolección de datos
1.7 Autor del instrumento: Yaselin Miriam Mamani Marron
1.8 Programa de postgrado:

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						30
SUMATORIA TOTAL						30

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa:

3.2. Opinión:

FAVORABLE DEBE MEJORAR

NO FAVORABLE

3.3. Observaciones:

Juliaca 16 de Mayo del 2024.

Baldeon Romero Wilmer Geremias
Tecnólogo Médico
C.T.M.P. 9375

Mgr. Wilmer Geremias Baldeon Romero
DNI: 42586527



ANEXO N° 04

GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante (Experto): Edson Julinho Limachi Miranda
- 1.2 Grado académico: Licenciado en Tecnología Médica
- 1.3 Profesión: Tecnólogo Médico en Radiología
- 1.4 Institución donde labora: Desosur
- 1.5 Cargo que desempeña: Tecnólogo Médico en Radiología
- 1.6 Denominación del Instrumento: Ficha de Recolección de Datos
- 1.7 Autor del instrumento: Jacelin Miriam Mamani Marrón
- 1.8 Programa de postgrado: _____

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						30
SUMATORIA TOTAL						30

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

- 3.1. Valoración total cuantitativa:
- 3.2. Opinión:
FAVORABLE DEBE MEJORAR
NO FAVORABLE
- 3.3. Observaciones:

Juliaca 24 de Mayo del 2024.


 Lic. Limachi Miranda Edson Julinho
 Tecnólogo Médico
 Radiología
 C.T.M.P. 16101

Lic. Edson Julinho Limachi Miranda
DNI: 72426272

ANEXO N° 04

GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante (Experto): TOVAR RUEDA PILAR ELIZABETH.
- 1.2 Grado académico: LICENCIADA EN TECNOLOGIA MEDICA - RADIOLOGIA.
- 1.3 Profesión: TECNOLOGA MEDICA
- 1.4 Institución donde labora: CENTRO MEDICO VIRGEN DEL CARMEN
- 1.5 Cargo que desempeña: TECNOLOGA MEDICA EN RADIOLOGIA
- 1.6 Denominación del Instrumento: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
- 1.7 Autor del instrumento: YAKELIN MIRIAM MARTINI MARRON
- 1.8 Programa de postgrado: _____

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						30
SUMATORIA TOTAL						30

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa:

3.2. Opinión:

FAVORABLE _____ DEBE MEJORAR _____

NO FAVORABLE _____

3.3. Observaciones:

Juliaca 16 de Mayo del 2024.

Pilar Elizabeth Tovar Rueda
LIC. TECNÓLOGO MEDICO
RADIOLOGIA
C.T.M.P. 17008

Lic. Pilar Elizabeth Tovar Rueda
DNI: 43741437

Anexo 05

Matriz de consistencia

TITULO: CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA POR DISPLASIA DE CADERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable independiente	Dimensiones	Indicadores	Metodología	
<p>General: PG: ¿Cuáles son las características de riesgo asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el 2023?</p> <p>Específicos: PE1: ¿Cuáles son los aspectos generales asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge</p>	<p>General: OG: Analizar las características de riesgo asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el 2023.</p> <p>Específicos: OE1: Identificar los aspectos generales asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano.</p>	<p>General: HG: Las características de riesgo están asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el 2023.</p> <p>Específicos: HE1: Los aspectos generales están asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge</p>	1. Características de riesgo	<p>1.1. Aspectos generales</p> <p>1.2. Evaluación clínica de los pacientes</p>	<p>1.1.1. Edad</p> <p>1.1.2. Sexo</p> <p>1.1.3. paridad</p> <p>1.2.1. Limitación de abducción</p> <p>1.2.2. Signo de Ortolani</p> <p>1.2.3. Continuidad de la línea de Shenton</p> <p>1.2.4. Índice acetabular</p>	<p>3.1. Diseño de la investigación</p> <p>3.2. Tipo de investigación</p> <p>3.3. Método aplicado</p> <p>3.4. Población y Muestra</p>	<p>-No experimental</p> <p>-Básico</p> <p>-Nivel Correlacional</p> <p>-Corte Transversal</p> <p>-Científico</p> <p>-Deductivo hipotético</p> <p>-75 pacientes con DDC</p> <p>-100% de pacientes</p> <p>Variable 1:</p> <p>-Entrevista</p> <p>-Guía de entrevista</p> <p>Variable 2:</p>



<p>Medrano de la ciudad de Juliaca en el 2023? PE2: ¿Cuáles son los aspectos de la evaluación clínica de los pacientes asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el 2023? PE3: ¿Cuál es la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el 2023?</p>	<p>OE2: Mencionar los aspectos de la evaluación clínica de los pacientes asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano. OE3: Describir la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano.</p>	<p>Medrano de la ciudad de Juliaca en el 2023. HE2: Los aspectos de la evaluación clínica de los pacientes están asociados a la evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el 2023. HE3: La evaluación radiográfica por displasia de cadera en menores de 24 meses es con mayor frecuencia del lazo izquierdo, del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el 2023.</p>			<p>1.2.5. Ectopia de núcleo de osificación 1.2.6. Signo de pliegue</p>	<p>3.5.a) Técnicas b) Fuente c) Instrumentos 3.6. Validación de contrastación de hipótesis 3.7. Validez y confiabilidad del instrumento</p>	<p>-Observación -Guía de observación -Formula del Chi cuadrado -Guía de Juicio de expertos</p>
--	--	---	--	--	--	---	---

Variable dependiente	Indicadores	Escala de valores	Tipo de variables
2. Evaluación radiografía por displasia de cadera	2.1. Ubicación de displasia de cadera según Rx	Derecho Izquierdo Ambos (bilateral)	Nominal

Anexo 06

Matriz de datos

resultados.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	edad	Númerico	8	0	edad	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
2	sexo	Númerico	8	0	sexo	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
3	paridad	Númerico	8	0	paridad	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
4	limitacion	Númerico	8	0	limitacion	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
5	ortolani	Númerico	8	0	signo ortolani	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
6	shenton	Númerico	8	0	shenton	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
7	acetabular	Númerico	8	0	acetabular	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
8	ectopia	Númerico	8	0	ectopia	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
9	pliegue	Númerico	8	0	signo de pliegue	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
10	displasia	Númerico	8	0	displasia	{1, derecho}	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
11											
12											
13											
14											
15											
16											

resultados.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

edad sexo paridad limitacion ortolani shenton acetabular ectopia pliegue displasia

1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1
7	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1
14	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1
15	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
17	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
18	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2
19	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
20	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
21	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
22	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2
23	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
24	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
25	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
26	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2
27	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
28	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
29	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
30	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2
31	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
32	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2
33	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
34	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
35	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
36	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2

Vista de datos Vista de variables

resultados.sev [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	edad	sexo	paridad	limitacion	ortolani	shenton	acertabular	ectopia	plague	displasia
34	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
35	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
36	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
37	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2
38	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2
39	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2
40	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2
41	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2
42	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2
43	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2
44	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2
45	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2
46	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2
47	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2
48	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2
49	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2
50	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2
51	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2
52	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
53	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2
54	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2
55	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
56	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2
57	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2
58	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2
59	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
60	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2
61	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2
62	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
63	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2
64	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
65	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2
66	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
67	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
68	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
69	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2

Vista de datos Vista de variables



resultados.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	edad	sexo	paridad	limitacion	ortolani	shenton	acertabular	ectopia	pliegue	displasia
55	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
56	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2
57	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2
58	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2
59	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
60	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2
61	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2
62	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
63	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2
64	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
65	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2
66	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
67	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
68	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
69	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
70	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
71	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
72	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2
73	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
74	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
75	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
76										
77										
78										
79										
80										
81										
82										
83										
84										
85										
86										
87										
88										
89										
90										

Vista de datos Vista de variables



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 16-10-2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: YAKELIN MIRIAN MAMANI MARRON
Dirección: Jr. 9 de OCTUBRE 658
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: ONI: 74639881
Teléfono: 988786807 email: yakelinmarron@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____
Dirección: _____
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____
Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional o Mención: TECNOLOGÍA MÉDICA
Título o Grado Académico a optar: LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA
Asesor: DRA. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:
Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: CARACTERÍSTICAS DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA
POR DISPLASIA DE CAJERA EN MENORES DE 24 MESES, HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO - JULIACA 2023.

Palabras claves, (3 a 5 términos): CARACTERÍSTICAS, RIESGO, EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?
2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.
² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller
- Título
- 2da Especialidad
- Maestría
- Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: CIENCIAS CLÍNICAS P12


Firma de Autor



huella digital

15 - 10 - 2024

Fecha