



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE
CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES
EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE
JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. WILVERD CAPQUEQUI BAUTISTA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE
CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES
EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE
JULIACA 2024

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. WILVERD CAPQUEQUI BAUTISTA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: MEDICINA HUMANA P10



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1323 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 05 de Diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 12007 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: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE JULIACA 2024**

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: **MÉDICO CIRUJANO** del bachiller: **CAPQUEQUI BAUTISTA WILVERD** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

- * **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

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

DIA : MIERCOLES 10 DE DICIEMBRE DEL 2025
HORA : 16:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado 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 Médico Cirujano y 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.



DISTRIBUCIÓN:
 - Jurados (3)
 - Intendencia (1)
 - Asesor de Tesis (1)
 - Archivo FCS 2025(1)



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1119 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 13 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 11656-2025 de fecha 11 de noviembre del 2025, presentado por la Bachiller: **CAPQUEQUI BAUTISTA WILVERD** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE JULIACA 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Medicina Humana

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO- APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS) para la REVISION de SIMILITUD TURNITIN, presentado por el (la) bachiller : CAPQUEQUI BAUTISTA WILVERD para optar el título profesional de MÉDICO CIRUJANO con el tema titulado FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE JULIACA 2024 correspondiente a la línea de investigación MEDICINA HUMANA - P10

- * **ARTICULO SEGUNDO** - RATIFICAR como ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN a la :
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

* **ARTICULO TERCERO** - DISPONER que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaria Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.

Distribución: interesado Archivo.





**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

RESOLUCIÓN DECANAL N° 456 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 13 de junio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 042-2025-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 propuesta de Investigación de fecha 09 de junio de la E.P. de Medicina Humana a folio 00100;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **CAPQUEQUI BAUTISTA WILVERD** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación: **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunique que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 695-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando en la opinión técnica favorable 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 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO - APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **CAPQUEQUI BAUTISTA WILVERD** para optar el Título Profesional DE **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE JULIACA 2024**

La Propuesta 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) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** a (la) Docente Ordinario (a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. MARYLUZ 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 Medicina Humana quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
DECANATO
[Firma]
Dra. Fabiola Betty Ariza Luján
DECANA (a)

Distribución: Decanato FP MH, Secretaría Académica, Archivo



FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE JULIACA 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

15%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|-----|
| 1 | Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante | 12% |
| 2 | repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 3 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 1% |
| 4 | biblioteca.medicina.usac.edu.gt Fuente de Internet | 1% |
| 5 | repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 6 | repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 7 | Manzaneda Pilco, Karen Lucelia. "Factores predisponentes asociados a la displasia congénita de cadera y tratamiento médico en lactantes menores de doce meses, en el | <1% |



Metadatos Complementarios

| FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE JULIACA 2024 | |
|---|---|
| Datos de autor | |
| Nombres y apellidos | WILVERD CAPQUEQUI BAUTISTA |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 46831817 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0009-0002-1501-2365 |
| Datos de asesor | |
| Nombres y apellidos | MARYLUZ CRUZ COLCA |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 29590767 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0003-4379-558X |
| Datos del jurado | |
| Presidente del jurado | |
| Nombres y apellidos | GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 29344129 |
| Miembro del jurado 1 | |
| Nombres y apellidos | MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 02401506 |
| Miembro del jurado 2 | |
| Nombres y apellidos | SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 01309221 |



| Datos de investigación | |
|--|--|
| Línea de investigación | MEDICINA HUMANA - P10 |
| Grupo de investigación | No aplica. |
| Agencia de financiamiento | Sin financiamiento |
| Ubicación geográfica de la investigación | <p>País: Perú</p> <p>Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Latitud: -15.47578 Longitud: -70.10993 https://maps.app.goo.gl/R8c6Ni8sGRF98jA9A</p>  |
| Año o rango de años en que se realizó la investigación | Junio 2025 - Noviembre 2025 |
| URL de disciplinas OCDE | <p>Pediatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.03</p> <p>Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</p> |

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
OFICINA DE INVESTIGACIÓN

INFORME SIN RESTRICCIONES (MONI)
PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Dra. Rocio Concepción Pizarro Díaz
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN P10



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo WILVERD CAPOUEQUI BAUTISTA, identificado con DNI Nro. 46831817, en mi condición de egresado de:

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

MEDICINA HUMANA

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

FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

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.

Julíaca_10__de diciembre del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A mi familia por su apoyo contante que ha permitido la culminación de mi carrera

A ellos que han sido el impulso importante para este logro, por el esfuerzo que represento culminar esta profesión.

Y a esas personas auténticas y leales, quienes representan la verdadera amistad y han llegado para permanecer.



AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, por brindarme la oportunidad de formarme y concluir una carrera profesional que me permitirá desarrollarme y ofrecer mayores satisfacciones a mi familia, quienes dependen de mí.

A mi asesora, Dra. Maryluz Cruz Colca, quien me guió en la realización y consolidación de este trabajo de investigación, y a toda mi familia, quienes me brindaron su apoyo constante hasta alcanzar este objetivo.



ÍNDICE GENERAL

| | |
|------------------------|------|
| DEDICATORIA..... | iii |
| AGRADECIMIENTO..... | iv |
| ÍNDICE GENERAL..... | v |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | vii |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | ix |
| RESUMEN..... | xi |
| ABSTRACT..... | xii |
| INTRODUCCIÓN..... | xiii |

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

| | |
|--|---|
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 1 |
| 1.1.1. Descripción del problema..... | 1 |
| 1.1.2. Formulación del planteamiento del problema..... | 3 |
| 1.1.2.1 Problema General..... | 3 |
| 1.1.2.2 Problemas Específicos..... | 4 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN..... | 4 |
| 1.3. Objetivos..... | 6 |
| 1.4. Hipótesis..... | 7 |
| 1.5. Variables..... | 7 |

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 10 |
| 2.2. MARCO TEÓRICO..... | 22 |
| 2.2.1 Factores epidemiológicos y clínicos..... | 22 |



| | | |
|-------|--------------------------|----|
| 2.2.2 | Factores de riesgo | 23 |
| 2.2.3 | Factores clínicos | 24 |
| 2.3. | MARCO CONCEPTUAL..... | 30 |

CAPITULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

| | | |
|------|--|----|
| 3.1. | DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 32 |
| 3.2. | TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 32 |
| 3.3. | MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN. | 32 |
| 3.4. | POBLACIÓN Y MUESTRA. | 32 |
| 3.5. | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS. | 33 |
| 3.6. | PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS. | 33 |
| 3.8. | VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO. | 34 |

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

| | | |
|------|--------------------------------------|----|
| 4.1. | RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 35 |
| | CONCLUSIONES..... | 79 |
| | RECOMENDACIONES | 81 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 82 |
| | ANEXOS | 90 |
| | ANEXO 01: MATRIZ DE DATOS | 91 |
| | ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA..... | 93 |
| | ANEXO 3. INSTRUMENTO..... | 96 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabla 1. | Edad relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 36 |
| Tabla 2. | Sexo relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 40 |
| Tabla 3. | Antecedentes de displasia relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 44 |
| Tabla 4. | Antecedente por presentación fetal relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 48 |
| Tabla 5. | Antecedente por tipo de parto por cesárea relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 51 |
| Tabla 6. | Antecedente por gestación primeriza relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 54 |
| Tabla 7. | Antecedente por peso del recién nacido relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 57 |
| Tabla 8. | Factores clínicos por maniobra ortolani relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 60 |



| | | |
|-----------|--|----|
| tabla 9. | Factores clínicos por maniobra de barlow relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 64 |
| tabla 10. | Factores clínicos limitación en la abducción relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 67 |
| tabla 11. | Factores clínicos por signo de galeazzi relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 70 |
| tabla 12. | Factores clínicos por ecografía funcional de caderas relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 73 |
| tabla 13. | Displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 | 77 |



ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|------------|---|----|
| Figura 1. | Edad relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 37 |
| Figura 2. | Sexo relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 41 |
| Figura 3. | Antecedentes de displasia relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 45 |
| Figura 4. | Antecedentes de presentación fetal relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 49 |
| Figura 5. | Parto por cesarea relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 52 |
| Figura 6. | Gestante primeriza relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 55 |
| Figura 7. | Peso del recién nacido relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 58 |
| Figura 8. | Maniobra de ortolani relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 61 |
| Figura 9. | Maniobra de barlow relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 65 |
| Figura 10. | Limitación de la abducción relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024..... | 68 |



- Figura 11. Signo de galeazzi relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024 71
- Figura 12. Examen de ecografía relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024.



RESUMEN

Bajo la supervisión del Centro de Salud Guadalupe de Juliaca durante el año 2024, el estudio tuvo como propósito identificar los factores que predisponen a la displasia de cadera en infantes menores de un año. La investigación fue no experimental, de enfoque básico, correlacional, transversal y retrospectiva, trabajándose con una muestra censal de 32 bebés diagnosticados con displasia de cadera. Se aplicó el análisis documental mediante formularios de recopilación de datos y se utilizaron pruebas Chi-cuadrado (X^2) para contrastar las hipótesis. En cuanto a los antecedentes maternos y del niño, se halló que el 78,1 % presentó antecedente de presentación fetal podálica ($P = 0,001$), el 53,1 % eran hijos de madres primerizas ($P = 0,014$) y el 53,1 % tuvo un peso al nacer mayor de 3 500 gramos ($P = 0,014$). Respecto a los factores clínicos, el 65,6 % tuvo maniobra de Ortolani positiva ($P = 0,005$), el 81,3 % maniobra de Barlow positiva ($P = 0,000$), el 75,0 % limitación funcional, el 65,6 % signo de Galeazzi positivo ($P = 0,000$) y al 59,4 % no se les realizó ecografía funcional de cadera ($P = 0,020$). En cuanto a la severidad, el 53,1 % presentó subluxación coxofemoral de grado II, el 40,1 % displasia de grado I y el 6,3 % luxación de cadera de grado III. No se encontró relación significativa con factores personales. En conclusión, los factores asociados a la displasia de cadera fueron los antecedentes maternos (presentación podálica, primiparidad, peso al nacer mayor de 3 500 g) y los factores clínicos (maniobras de Ortolani, Barlow y Galeazzi positivas, limitación funcional y falta de ecografía), aceptándose parcialmente la hipótesis general.

Palabras clave: Antecedente materno, displasia del desarrollo cadera, factores, riesgo, niño.



ABSTRACT

Under the supervision of the Guadalupe Health Center in Juliaca during 2024, the study aimed to identify the factors that predispose infants under one year of age to hip dysplasia. The research was non-experimental, basic, correlational, cross-sectional, and retrospective, working with a census sample of 32 babies diagnosed with hip dysplasia. Documentary analysis was applied using data collection forms, and Chi-square (X^2) tests were used to test the hypotheses. Regarding maternal and child history, 78.1% had a history of breech presentation ($P = 0.001$), 53.1% were children of first-time mothers ($P = 0.014$), and 53.1% had a birth weight greater than 3,500 grams ($P = 0.014$). Regarding clinical factors, 65.6% had a positive Ortolani maneuver ($P = 0.005$), 81.3% had a positive Barlow maneuver ($P = 0.000$), 75.0% had functional limitation, 65.6% had a positive Galeazzi sign ($P = 0.000$), and 59.4% did not undergo functional hip ultrasound ($P = 0.020$). In terms of severity, 53.1% had grade II hip subluxation, 40.1% had grade I dysplasia, and 6.3% had grade III hip dislocation. No significant relationship with personal factors was found. In conclusion, the factors associated with hip dysplasia were maternal history (breech presentation, primiparity, birth weight greater than 3,500 g) and clinical factors (positive Ortolani, Barlow, and Galeazzi maneuvers, functional limitation, and lack of ultrasound), partially accepting the general hypothesis.

Keywords: Maternal history, developmental hip dysplasia, factors, risk, child



INTRODUCCIÓN

La displasia del desarrollo de la cadera es una anomalía en el crecimiento habitual de la articulación coxofemoral que puede detectarse tempranamente desde la formación intrauterina y se refleja en el periodo inicial de la infancia y el desarrollo temprano del niño siendo una variedad de alteraciones en la cadera debido a múltiples factores que puede aparecer durante el período prenatal o después del nacimiento, lo que puede ser identificado en los primeros controles, esto puede generar en los padres incertidumbre e intranquilidad, ya que, se presenta en el acetábulo una pérdida de su forma esférica que es compatible a la articulación coxofemoral, donde este se asocia a la inestabilidad del menisco. Esto debido al retraso en la osificación endocondral del hueso femoral e iliaco, generando una afectación a estructuras contiguas, como los músculos, tendones y ligamentos.

En nuestro país existe una gran prevalencia los que tratados oportunamente ya no dejan las secuelas que aun puede evidenciarse en población adulta que no fue identificado o tratado, Dado que la Red de Salud de San Román es una de las más pobladas de la región de Puno, este estudio contribuye de manera significativa a la evaluación de la prevalencia en un centro que forma parte de ella. Una vez detectado un niño, es necesario que reciba un tratamiento exhaustivo por parte de un equipo de expertos de varias disciplinas, re ellas neonatología, pediatría, ortopedia, radiografía, psiquiatría, medicina física y rehabilitación. Una vez completado el tratamiento, es necesario realizar un seguimiento periódico y contar con el apoyo de los padres. Dado que es necesario prestar una atención exhaustiva una vez detectado un niño, la investigación se centra en la consulta



tardía como medio para prevenir daños permanentes, favoreciendo un desarrollo integral del menor.

Los capítulos que componen el documento son los siguientes: El capítulo I abarca la descripción fundamental. Las características del problema, la justificación del estudio, los objetivos de la investigación, las hipótesis, las variables y la forma en que se operacionalizan las variables forman parte de este capítulo. En el capítulo II, se aborda el marco teórico, el marco conceptual, los antecedentes del estudio y el marco conceptual. En esta sección, se repasa la metodología de la investigación, el diseño de la investigación, el tipo de estudio, la población y la muestra, las estrategias y herramientas, la estrategia de recopilación y procesamiento de datos, la comprobación de hipótesis y las evaluaciones de la fiabilidad y validez de los instrumentos. El capítulo III es la sección final del informe de investigación.



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1.1. Descripción del problema.

A nivel internacional

La displasia de cadera, a menudo denominada DDC, es un término genérico que engloba diversas anomalías de la cadera que se detectan con mayor frecuencia durante las pruebas prenatales, que suelen realizarse en los primeros meses de vida del bebé lo cual genera incertidumbre e intranquilidad en los padres debido a que a nivel del acetábulo se da una pérdida de su forma esférica que es compatible a la articulación coxofemoral, generando inestabilidad del niño (1,2), lo cual genera un retraso en la osificación endocondral del hueso femoral e iliaco, con una afectación a estructuras contiguas, como los músculos, tendones y ligamentos (1)

Este puede aparecer durante el período prenatal o después del nacimiento (3).

Las estimaciones internacionales sitúan el número de casos de luxación de cadera en 34 por cada 1000 recién nacidos, con una frecuencia del 1,5 %. Entre los bebés estadounidenses, se registra 1 caso de luxación de cadera y 10 casos de displasia/subluxación por cada 1000 nacimientos. 4, 5 y 6 América



Latina, con diferencia la región más afectada a nivel mundial, representa aproximadamente el 5 % de todos los casos de displasia congénita. El diagnóstico y el tratamiento rápidos son prioritarios, dado que la enfermedad afecta a personas de todo el mundo. Si no se previenen los problemas, los adultos pueden tener dificultades para caminar o incluso para mantenerse en pie. (5,6)

La displasia al ser una patología ortopédica común a una tasa de 2,3 a 3,3 por cada 1000 entre la población de las naciones en vías de progreso. Uno de cada quinientos nacidos vivos en Chile se ve afectado por esta afección (7,8). Existiendo factores desencadenantes, predominantemente con un 30 % de forma mecánica, donde, en la pelvis materna produce un atrapamiento con la pelvis fetal, con posición de aducción de una o ambas caderas (1).

Según la Sociedad Argentina de Pediatría, hay tendencia genética que se asocia al riesgo de DDC, esto puede incrementarse en un 6% con la presencia de un hermano con la misma patología y progenitores que no tengan 3 antecedentes. Estas probabilidades incrementan al 12% si uno de los 2 progenitores está comprometido, y si ambos padres presentaron dicha enfermedad, el riesgo es de 36%; si un hijo y un padre o madre presentaron esta patología, la probabilidad de presentación es de 37%. (9). Asimismo si el niño o niña presenta antecedentes familiares, tendrían aproximadamente un 20% de posibilidad de presentar DDC(10).

A Nivel nacional

De acuerdo con los datos proporcionados por el Ministerio de Salud del Perú, en el año 2016, indicó que la ciudad de Lima registra los casos más



elevados de DDC con 1008 niños y 466 niñas; y en la región meridional del país, Arequipa, registra 571 casos en niños y 931 en niñas (11).

A nivel nacional, Aquino en el 2015 (12) Según los informes, hay cinco casos de displasia de cadera por cada cien nacidos vivos en la ciudad de Arequipa. Si bien esto puede sugerir un mayor enfoque en la prevención y un diagnóstico más rápido, no significa necesariamente que el número de casos haya aumentado.

En 2014, la Clínica San Juan de Dios recopiló datos nacionales sobre la displasia de cadera en niños de entre 3 meses y 14 años, y entre ellos, 4342 fueron diagnosticados en Arequipa, lo que la convierte en la región con mayor índice. El segundo lugar lo ocupa Puno con 378 casos, seguido de Cusco con 74. Entre los distritos, Alto Selva Alegre, Cerro Colorado y Cayma han registrado los aumentos más significativos en el número de pacientes. (13)

En la región Puno

Se dispone de diversos datos sobre la frecuencia de la enfermedad DDC, sus causas, las actividades agrícolas y comerciales, y los posibles factores de riesgo que podrían provocar un aumento de los casos en la zona de Puno. A la luz de estos datos, averiguar si existe actualmente podría suponer un gran avance.

aumento o descenso comparado con los indicadores nacionales

1.1.2. Formulación del planteamiento del problema

1.1.2.1 Problema General

PG: ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe Juliaca 2024?



1.1.2.2 Problemas Específicos

- PE1.** ¿Cuáles son los factores personales relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe?
- PE2.** ¿Cuáles son los factores de antecedentes maternos y del niño relacionados con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe?
- PE3.** ¿Cuáles son los factores clínicos relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe?
- PE4.** ¿Cuál es el grado displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe?

1.2. JUSTIFICACIÓN.

1.2.1. Justificación Teórica.

El primer relato sobre la displasia congénita de cadera se remonta al año 400 a. C., cuando Hipócrates escribió sobre ella. Según él, cuando la cabeza femoral está desalineada, se producen anomalías en la marcha. Un total de catorce palabras El médico francés Guillaume Dupuytren documentó por primera vez la presencia de caderas dislocadas al nacer en 1832, y fue tras este descubrimiento cuando se acuñó el término «luxación congénita de cadera». Después de que Klisic se diera cuenta de que el trastorno era más que una simple enfermedad congénita, cambió la palabra «congénita» por «del desarrollo» y el término «luxación» por «desplazamiento». Por este motivo, la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos ha decidido apoyar la nueva palabra «del desarrollo». (15, 16) y aun existiendo alguna evidencia que vienen generando controversia en la terminología.



Los resultados del presente estudio brindan información respecto al comportamiento de la incidencia de este problema en un establecimiento de la Red de Salud Juliaca que se realizó en el tiempo adecuado, identificación, lo que favorece la referencia oportuna para su atención no solo especializada sino la captación oportuna para manejo y tratamiento definitivo, con lo que se reduce posibilidad de consecuencias para tratamiento tardío. Siendo un aporte importante a la investigación y toma de decisiones en beneficio de ir mejorando la atención integral a niños y grupos de riesgo.

1.2.2. Justificación practica

Cuando a un paciente se le diagnostica displasia de cadera, lo primero que hay que hacer es buscar signos de displasia congénita de cadera en su historial médico y sus síntomas. Solo entonces se puede iniciar el tratamiento. Dependiendo del grado de osificación de las epífisis del paciente, se utilizan técnicas de imagen para ayudar en este proceso. (17, 18)

El tratamiento para los niños depende en gran medida de la edad a la que se les diagnostica. Esto se debe a que cuanto antes se realice el diagnóstico, menos invasiva será la terapia. (6)

Dado que es necesario registrar de manera adecuada la historia clínica, incluyendo informes y factores de riesgo y un examen físico minucioso que permite identificar oportunamente los casos de displasia en los menores, por ello el aporte de la presente investigación permitirá brindar mayor atención a estos casos los que se encuentran registrados en los registros clínicos de los niños menores de 1 año durante el 2024

1.2.3. Justificación metodológica

Existen estudios similares realizados en diferentes contextos por lo que el



presente que utilizó el método científico, con instrumentos debidamente validados los que permite replicarlo en otros contextos para poder comparar esta problemática y la atención oportuna que debe brindarse para disminuir secuelas de atención tardía en niños portadores de displasia del progreso a nivel de la cadera.

El empleo de técnicas convencionales de recolección de datos, y con instrumentos validados por expertos y conocedores de la problemática que permitirá validar las hipótesis propuestas las que servirán de base para otras investigaciones en el mismo y otros contextos.

1.3. Objetivos.

Objetivo General.

OG: Determinar los factores de riesgo relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe Juliaca 2024

Objetivos Específicos

OE1. Identificar los factores personales relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe

OE2. Precisar los factores de antecedentes maternos y del niño relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe

OE3. Evaluar los factores clínicos relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe

OE4. Valorar el grado displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe



1.4. Hipótesis

Hipótesis General

HG: Los Factores de riesgo que tienen relación con el diagnóstico de displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe 2024 son los factores personales, de antecedentes maternos y del niño y los factores clínicos.

Hipótesis Específicos

HE1. Los factores personales que están relacionadas con la displasia de cadera en niños menores de 12 meses Centro de Salud Guadalupe son la edad, el sexo y procedencia.

HE2. Los antecedentes maternos y del niño que tienen relación con la displasia de cadera en niños menores de 12 meses Centro de Salud Guadalupe Son: antecedentes de displasia en familia, parto según presentación, partos por cesárea, hijo de madre primerizas, peso del recién nacido

HE3. Los antecedentes maternos y del niño que tienen relación con la displasia de cadera en niños menores de 12 meses Centro de Salud Guadalupe son: maniobra de Ortolani, maniobra de Barlow, Limitación de la Abducción, signo de Galeazzi, rayos X y ecografía funcional de caderas.

HE4. El grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Centro de Salud Guadalupe predominante es el de Grado I de displasia simple

1.5. Variables

Variable 1: Factores de riesgo

Variable 2: Displasia de cadera



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSION | INDICADOR | ESCALA MED/VALOR |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| VARIABLE 1. Factores de riesgo | 1.1. Factores personales | 1.1.1. Edad del niño/niña | Menor a 6 meses 7 meses 8 meses 9 meses 10 meses 11 meses |
| | | 1.1.2. Sexo | Femenino Masculino |
| | 1.2. Antecedentes maternos y del niño | 1.2.1. Antecedentes de displasia en familia | Hermanos Padre madre Ninguno |
| | | 1.2.2. Parto según presentación | Cefálica Podálica |
| | | 1.2.3. Parto por cesárea | Si No |
| | | 1.2.4. Hijo de madre primerizas | Si No |
| | | 1.2.5. Peso del recién nacido. | Menor de 2500 grs 2500 a 3,500 grs Mayor a 3,501 grs |



| | | | |
|--------------------------------------|------------------------|---|---|
| | 1.3. Factores clínicos | 1.3.1. Maniobra de Ortolani | Negativo Positivo |
| | | 1.3.2. Maniobra de Barlow | Negativo Positivo |
| | | 1.3.3. PARTIR 1° MES Limitación de la Abducción | Negativo Positivo Negativo |
| | | 1.3.4. Signo de Galeazzi | Positivo |
| | | 1.3.5. Ecografía funcional de caderas | No se le realizó Se le realizo examen ecográfico |
| VARIABLE 2. 2.DISPLASIA DE CADERA | | 2.1. Grado de displasia de cadera | Grado I Grado II Grado III |



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

A Nivel Internacional.

Panchi, et al. (20) Se ha efectuado una revisión reciente acerca del abordaje terapéutico de la displasia congénita de cadera. La evidencia referente a las intervenciones para tratar esta afección se documentaron en un estudio ecuatoriano realizado entre enero y junio de 2024. Nunca antes se había realizado un estudio de este tipo. Durante los últimos cinco años, los investigadores han utilizado Google Scholar, ELSEVIER y PubMed para realizar sus búsquedas. Veintisiete publicaciones editadas entre 2019 y 2024 cumplían los criterios de inclusión en el estudio. Además, se recopiló la información más importante sobre los diferentes tratamientos para la displasia congénita de cadera. Cuando se diagnostica a tiempo y se trata adecuadamente, la displasia de cadera puede ser una afección tratable. La evaluación clínica es fundamental para evaluar los casos sin factores de riesgo, incluso si las herramientas de detección son útiles para detectar rápidamente la displasia de cadera.

Cerrato. (21) La epidemiología de la displasia de cadera y los programas de detección serán objeto de una revisión bibliográfica que



comenzará en 2023. La prevalencia mundial del síndrome de Down varía considerablemente de un país o región a otro, con una incidencia media de 1,5 por cada 1000 nacidos vivos. Cabe señalar que la prevalencia declarada de DHD en América Latina varía considerablemente entre las distintas regiones. La enfermedad degenerativa del disco (DDH) es la anomalía esquelética más común en Costa Rica. Al revisar la bibliografía, encontramos varios factores de riesgo bien documentados para los problemas de salud mental. Las consideraciones cruciales durante el tercer trimestre o durante el parto incluyen la presencia de presentación podálica, el sexo de la madre y sus antecedentes familiares. Sin embargo, la relación entre la DCD, el oligohidramnios y los primeros los embarazos continuaba sin comprenderse de manera adecuada. La urgencia de una identificación y un tratamiento tempranos hace que el desarrollo de programas de cribado de la displasia de cadera sea de suma importancia. Actualmente, las dos formas más comunes de cribado son el examen clínico y la ecografía de la cadera. Debe ser obligatorio realizar pruebas a todos los bebés, y aquellos con factores de riesgo conocidos deben someterse a un cribado personalizado. Aunque existen varias limitaciones en los programas de cribado universal de la DDC, las investigaciones han demostrado que mejoran los resultados y reducen las dificultades.

Agreda. (22) La finalidad de la investigación consistió en describir y examinar la incidencia de la displasia de cadera en infantes de 6 a 24 meses de edad. En el Hospital Clarita Santos de Sandoná (Colombia), 124 niños fueron objeto del estudio de 2022. La muestra, seleccionada al azar, estaba compuesta por nueve niños y nueve niñas. Durante toda la investigación se siguieron los protocolos radiográficos estándar. También se pidió a las mujeres



embarazadas participantes que rellenaran cuestionarios que ayudaran a recopilar estos datos. Los resultados del estudio mostraron que la displasia de cadera era más frecuente en niñas de entre seis y nueve meses, y que el trastorno solo afectaba a las mujeres. La cadera izquierda de cada paciente era la más afectada, como se observó en las líneas de Shenton, que también revelaron asimetría. Se determinó que aproximadamente el 2,7 % de toda la población padecía displasia de cadera. Las mujeres embarazadas tendían a encajar en las siguientes categorías: edad (21-26), nivel educativo (educación secundaria completa), estado civil (boda civil o tarifa reducida) y acceso a prestaciones de la seguridad social. Las mujeres embarazadas que acudían a la clínica para recibir atención prenatal participaban mucho más en la intervención educativa y tenían más conocimientos en general, lo que indica que la información proporcionada fue eficaz.

Verdezoto, et al. (23) Aquellos en España a quienes se les identificó displasia de cadera en el año 2022. Según la revisión de este artículo, el desarrollo de la displasia de cadera está más relacionado con un proceso biológico que con un defecto congénito. Hemos llevado a cabo una investigación documental como parte de nuestra estrategia de revisión. A continuación, Esta página ofrece una visión general completa del trastorno, cubriendo todos los aspectos, desde sus antecedentes y clasificación hasta sus causas, síntomas, opciones de tratamiento y diagnóstico. En este tipo específico de enfermedad se pueden observar diversas anomalías. Aunque estas anomalías pueden aparecer en cualquier momento, lo más frecuente es que lo hagan durante el segundo trimestre del embarazo. Se cree que la estrategia diagnóstica óptima consiste en combinar el examen clínico con

pruebas de imagen, ya que el primero sigue siendo importante, mientras que las segundas están ganando credibilidad.

Durán-Calle, et al. (24) Los factores de riesgo de la displasia de cadera están relacionados. Uno de los hospitales públicos de Achacachi. Un lugar en Bolivia en el año 2021. Un estudio de investigación descriptivo que utilizó un enfoque de casos y controles. Ciento veintiocho bebés de ambos sexos que fueron pacientes examinados en la clínica de Traumatología fueron los sujetos del estudio. Mediante el método de odds ratio, pudimos determinar la fuerza de la asociación entre las variables de riesgo para la displasia de cadera. Entre los factores que aumentan la probabilidad de displasia de cadera se incluyen la presentación podálica o transversal (12,58), ser madre primeriza (4,52), tener embarazos gemelares (3,71), antecedentes familiares de la afección (2,54) y oligohidramnios (2,06). El sexo femenino es el factor de riesgo más importante para la displasia de cadera, ya que aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad en 139,04 veces. La probabilidad de desarrollar displasia de cadera aumenta debido a diversos factores de riesgo que pueden encontrarse en todo el mundo. Estos factores incluyen características clínicas, obstétricas y prenatales.

A NIVEL NACIONAL

Calizaya. (25) En 2020 y 2023, Los niños de entre dos y doce meses de edad ingresados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna que presenten signos de displasia de cadera pueden recibir diagnóstico radiográfico y tratamiento. El estudio incluyó a niños que acudieron al Hospital Hipólito Unanue de Tacna y fueron diagnosticados con displasia de cadera mediante radiografía entre 2020 y 2023. La edad de los niños variaba entre los seis y los



doce meses. Se utilizaron métodos de investigación retrospectivos, descriptivos y observacionales. Entre los pacientes de entre 2 y 12 meses, el 0,66 % dio positivo en la prueba de DDC. El siguiente desglose por edad y sexo se aplica a los pacientes con DCD: el 72,1 % eran mujeres y el 41,5 % eran bebés o niños pequeños. Como resultado de su detección en el 71,2 % de los pacientes, la línea de Shenton discontinua se consideró el aspecto radiográfico más común en el DCD. Entre los niños con déficit de coordinación del desarrollo (DCD), el arnés Pavlik demostró ser la terapia más eficaz en el 47,7 % de los casos, con un 23,4 % de pacientes de entre 4 y 6 meses de edad. Aproximadamente el 40,5 % de todos los casos incluyeron el uso de férulas de abducción, que afectaron a bebés de entre 7 y 9 meses. El 18,9 % de la población se encuentra dentro de este grupo de edad. Por lo general, el sexo femenino y la aparición de los síntomas entre los cuatro y los seis meses de vida fueron las características que definieron a los pacientes diagnosticados con displasia de cadera en desarrollo. La característica radiográfica más común fue la línea de Shenton discontinua. El tratamiento más indicado o recomendado fue el arnés de Pavlik.

Casos. (26) En 2022, se atendieron en la Policlínica Sedimedic de Lima recién nacidos con signos radiográficos de displasia congénita de cadera. En esta investigación descriptiva, retrospectiva y transversal, los investigadores utilizaron una técnica cuantitativa y omitieron los elementos de diseño experimental. Los resultados mostraron que la displasia moderada de cadera afectaba al 22,5 % de las mujeres y al 18,3 % de los hombres. En total, el 40,8 % de los participantes presentaba una displasia significativa de cadera, mientras que el 59,2 % era normal. Asegúrense de tener en cuenta este



aspecto crucial. Ninguno de los casos presentaba displasia moderada o grave. Los bebés varones y mujeres de esta investigación tenían una edad media de 8,49 meses y un desvío estándar de 1,9 meses. Todos los bebés tenían entre 5 meses y 12 meses, siendo estos últimos los de mayor edad. No había antecedentes familiares de displasia de cadera en el 94 % de las mujeres encuestadas. Los lazos familiares solo representan el 6 % de la población. La displasia congénita de cadera afectó al 42 % de los bebés nacidos de madres menores de 35 años. Por su parte, solo el 37 % de los bebés nacieron de madres de 35 años o más. Los estudios revelaron que la displasia leve de cadera era más común en las mujeres y se detectaba en un pequeño porcentaje de la población. Se trataba de una familia sin ningún parentesco y ninguna de las mujeres tenía más de 35 años.

Rivera. (25) En 2021, Todos los recién nacidos del estudio estaban recibiendo tratamiento para la displasia de cadera y la disimetría de las extremidades inferiores en la Clínica San Juan de Dios de Arequipa. Solo participaron niños pequeños. Este estudio cuantitativo, que se basó en una revisión de la literatura académica relevante, proporcionó los datos descriptivos. Además, se utilizó una técnica correlacional para alcanzar el objetivo de esta investigación. En el proceso de recopilación de datos se utilizaron varias herramientas, entre ellas formularios. En la investigación participaron 240 bebés, de los cuales 51 fueron seleccionados al azar de la muestra de conveniencia tomada en diciembre de 2021. Todos estos bebés fueron elegidos al azar. Las conclusiones del análisis estadístico indicaron que los datos no se ajustaban a una distribución normal. Por este motivo, se tuvieron que utilizar enfoques no paramétricos; el resultado final fue un nivel



de confianza del 95 % que indicaba una asociación positiva elevada ($P = 0,0026$, inferior al 0,05 requerido). Hay más mujeres que hombres en el mundo, ya que el 66,67 % de la población es femenina. Esto contrasta claramente con el porcentaje de hombres. El 27,45 % de la población son niños menores de un año; el 39,33 % son niños de uno a cinco años; y el 33,333 % son niños de cinco años o más. Los bebés nacidos en 2021 en la clínica San Juan de Dios de Arequipa tenían más probabilidades de sufrir displasia de cadera y dismetría de las extremidades inferiores que los bebés nacidos en cualquier otro año. Esto se demostró a lo largo del proceso de estudio.

Eulogio. (28) Entre enero y marzo de 2017 se llevó a cabo una investigación en el Hospital Universitario Madre Niño San Bartolomé sobre las características sociodemográficas y los signos radiográficos de los recién nacidos con probable displasia de cadera, de entre 4 y 12 meses de edad. Para este estudio radiográfico, se utilizaron radiografías pélvicas AP en bebés con sospecha de retraso en el desarrollo, de entre cuatro y doce meses de edad. Las 336 radiografías se tomaron de bebés que acudieron a la clínica con edades comprendidas entre los 4 y los 12 meses. En esta fase, las imágenes radiográficas han confirmado 96 de estos casos. La muestra estaba compuesta por muchas más mujeres que hombres (12,50 % frente a 7,5 %). Se identificaron 30 casos, es decir, el 30 % del total de pacientes, a los cinco meses de edad. La investigación radiográfica reveló lo siguiente: una línea de Shenton discontinua en el 18,75 % de los casos, un índice acetabular superior a 30 grados en el 68,75 % de los casos, ectopia del núcleo de osificación en el 25,00 % de los casos, retraso hipoplásico en la aparición de los núcleos de osificación en el 18,75 % de los casos y retraso en el 18,75 % de los casos.



Malaver. (29) En 2019, se observaron varias anomalías radiológicas y síntomas clínicos en bebés con displasia de cadera en desarrollo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. El objetivo de este estudio es obtener más información sobre sesenta casos de displasia de cadera en bebés menores de un año que acudieron al Hospital Regional de Cajamarca en 2019. En lugar de basarse en métodos experimentales, esta investigación describe sus hallazgos a través de la observación y el análisis retrospectivo. Críticas sobre este tema El 11 % de los pacientes presentaban pliegues asimétricos en los muslos, el 45 % tenían una abducción limitada, el 38 % presentaban pliegues glúteos asimétricos, el 26 % mostraban el signo de Barlow, el 27 % presentaban el signo de Ortolani y el 1,7 % mostraban el signo de Galeazzi. La prueba radiológica reveló nueva información interesante: además, se observó una línea de Shenton discontinua en el 78,2 % de los pacientes, un ángulo acetabular superior a 30 en el 31 % de los pacientes y un núcleo de osificación fuera del cuadrante inferomedial en el 12 % de los pacientes. Tras la aplicación de la prueba de la escala de Graff, el 40 % de los pacientes se clasificaron en la categoría II B, el 20 % en IIC y IIA, el 13 % en II D y el 6 % en IA. El estudio reveló que el 51,7 % de los pacientes presentaban asimetría en los pliegues del muslo como signo clínico, el 78,1 % presentaban discontinuidad de la línea de Shenton como signo radiográfico y el 40 % presentaban signos ecográficos clasificados como II B según la escala de Graff.

Sarango. (30) Para los niños menores de 36 meses que puedan estar desarrollando displasia de cadera, la Policlínica Chincha proporcionará un tratamiento inmediato en 2019. El objetivo principal del estudio era averiguar con qué frecuencia los diagnósticos radiográficos coinciden con los



diagnósticos clínicos en la progresión de la displasia de cadera. El enfoque del estudio no fue experimental e incluyó medidas de descripción, correlación, análisis retrospectivo y diseño transversal. Para este estudio, los investigadores emplearon un instrumento validado y encuestaron a 99 niños. Las limitaciones en el rango de movimiento afectaron al 6 % de los pacientes, la asimetría en los pliegues de los muslos y las nalgas afectó al 8 %, y la distribución desigual de las nalgas afectó al 1 % de los pacientes, dificultad para caminar en el 4 % e incongruencia entre los glúteos en el 2 %. Además, el 4 % de los pacientes tenían dificultades para caminar de alguna manera. Contrariamente a la creencia popular, las mujeres representaban el 69,2 % de los casos de DCD con buena evidencia radiológica, mientras que los hombres solo representaban el 30,8 %. En Shenton, el 38,5 % de los arcos estaban rotos. De todos los núcleos de osificación, el 23,1 % eran simétricos y estaban presentes, el 15,4 % estaban presentes solos y el 7,7 % estaban ausentes, tenían un arco de Shenton continuo o formaban un ángulo acetabular de 32°. El rango etario más frecuente para las radiografías pélvicas fue el de los bebés y niños pequeños, que representaron el 65,7 % de todas las solicitudes. El 6 % de los niños con sospecha clínica de DCD que recibieron confirmación radiológica del trastorno realmente lo padecían. La confirmación de la displasia de cadera en desarrollo a través de estudios radiográficos se asocia significativamente con un diagnóstico clínico rápido.

A NIVEL REGIONAL

Valdivia, Flores. (31) En 2022, investigadores del Hospital II-2 de Macusani buscaron signos de displasia de cadera y otros factores de riesgo entre bebés y niños pequeños. De todos los casos de displasia congénita de



cadere, se detectó que 61 bebés menores de un año la padecían, lo que supone el 48,3 % de cada caso. Los bebés y niños pequeños con la enfermedad tenían una frecuencia del 68,3 % entre los tres y los seis meses, y del 31,7 % entre los siete y los doce meses. Si bien las mujeres representaban el 48,3 % del total y los hombres el 51,7 %, la proporción de casos con respecto al total parecía ser casi la misma. El análisis estadístico no indicó ninguna asociación entre la displasia de cadera y las variables de riesgo conocidas, como los antecedentes maternos de la enfermedad, la edad materna o el sexo. Por el contrario, los antecedentes personales o familiares de displasia de cadera se correlacionaron con la prevalencia del trastorno ($p = 0,042$). No se encontraron otras variables de riesgo significativas en la muestra demográfica estudiada. Según los datos y el estudio, se demostró que la edad, el sexo y el número total de embarazos no se correlacionaban significativamente con el riesgo de displasia de cadera en las mujeres. Lo contrario ocurrió con los antecedentes familiares, que resultaron ser estadísticamente significativos ($p = 0,042$).

Gutierrez. (32) En 2023, En Juliaca, en el Centro de Salud La Revolución, los investigadores analizaron las causas de la displasia de cadera en bebés y niños pequeños. Los criterios se identificaron mediante la investigación. Se realizó un estudio transversal con 183 niños y adolescentes de entre tres meses y un año de edad; este estudio no incluyó ningún experimento. A lo largo de la investigación se utilizaron diversos métodos descriptivos y analíticos. Como resultado de las observaciones se obtuvieron los siguientes resultados: Para recopilar estos datos se consultaron los siguientes recursos: El Centro de Salud La Revolución de Juliaca ofrece



servicios de guardería a niños de entre tres meses y un año de edad en el año 2023: aproximadamente la mitad de los niños son mujeres, alrededor del 83 % no tiene antecedentes médicos, aproximadamente nueve de cada diez no tienen problemas esqueléticos, alrededor del 87 % nació con la cabeza primero y aproximadamente el 86 % tiene entre tres y seis meses de edad. Existe significación estadística (valor $p < 0,05$) para cada uno de estos factores. Un total del 1,64 % de los niños dieron positivo en la prueba de disminución de la rotación interna, y el 3,83 % de ellos recibieron un diagnóstico positivo. Solo el 3,83 % de los niños desaparecidos terminan siendo víctimas de un secuestro confirmado. La displasia de cadera no estaba presente en el 81,42 % de los recién nacidos de entre tres meses y un año, pero sí en el 13,11 % de los niños, según el diagnóstico de Ortolani Barlow. La velocidad de rotación del planeta exterior se aceleró. La displasia de cadera afecta a un gran porcentaje de bebés y niños pequeños atendidos en el Centro de Salud La Revolución, a menudo entre los tres meses y el año de edad. Esto describe la gran mayoría de los casos que vemos.

Manzaneda. (33) Investigadores del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón comenzaron a estudiar las causas de la displasia congénita de cadera y los efectos de la terapia médica en bebés que recibían tratamiento para esta afección en enero de 2020 y continuaron hasta diciembre de 2023. En este estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal, se tomó como muestra a 350 personas que habían recibido un diagnóstico. Se revisaron los historiales médicos para recopilar datos sobre posibles factores de riesgo. Entre los posibles signos de peligro se incluían que el bebé naciera con la cabeza adelantada, el sexo de la madre, sus embarazos anteriores y la



costumbre de envolver al bebé con las piernas flexionadas. Esto permitió recopilar datos clínicos además de datos demográficos. Existe una correlación entre la identificación temprana (antes de los tres meses) y un mejor pronóstico a largo plazo y la necesidad de operaciones menos invasivas. Aunque estas eran las preocupaciones más comunes, se tuvo en cuenta la posibilidad de una presentación podálica y el sexo de la madre. Esto sugiere que la identificación temprana de estos factores y una intervención rápida y satisfactoria son fundamentales para prevenir problemas funcionales al caminar y ponerse de pie en los bebés.

Moya. (34) En el Hospital EsSalud III Juliaca, los investigadores analizaron en 2019 las causas de la displasia de cadera en bebés menores de un año. Nuestro objetivo era averiguar con qué frecuencia se cumplía cada criterio en cada ensayo. Aceptamos la hipótesis de una correlación entre las variables cuando el valor p era inferior a 0,05. El resultado final es el siguiente: La edad de los participantes oscilaba entre una media de 5,86 meses y un rango máximo de 2,2 meses. Al mismo tiempo, se identificaron las siguientes particularidades tanto en el grupo con DDC como en el sin DDC: presentación de nalgas (77,1 % frente a 31,3 %; OR = 7,40, IC del 95 %: 3,89-14,06, $p = 0,000$); madres primerizas (72,9 % frente a 49,0 %; OR = 2,80, IC del 95 %: 1,53-5,12, $p = 0,001$); historia materna previa de DDC (38,5 % frente a 16,7 %; OR = 3,13, IC del 95 %: 1,59-6,16, $p = 0,01$); sexo femenino (66,7 % frente a 59,4 %; OR = 1,36, IC del 95 %: 0,76-2,46, $p = 0,29$); nacimiento prematuro (15,6 % frente a 13,5 %; OR = 0,84, IC del 95 %: 0,37-1,88, $p = 0,683$) y edad materna mayor de 35 años (14,6 % frente a 13,5 %; OR = 1,09, IC del 95 %: 0,48-2,46, $p = 0,83$). Los resultados muestran que las pacientes mujeres tenían



una mayor probabilidad de sufrir DDC. Descubrimos que los bebés menores de un año son más propensos a sufrir retraso en el desarrollo infantil (DDC) si la madre tiene antecedentes de DDC, si el bebé nace prematuro o si la madre es primípara.

2.2. MARCO TEÓRICO.

2.2.1 Factores epidemiológicos y clínicos

Factores personales

La variación en la epidemiología se debe a que depende de varios factores, como la raza, la etnia, la geografía y la genética. (6)

Edad del niño/niña

La edad es una variable que puede modificarse de acuerdo con principios biológicos. Los lactantes y los menores de un año se consideran parte del grupo poblacional objetivo para el tamizaje y la identificación diagnóstica precoz de la displasia de cadera en desarrollo (35). En pacientes neonatos, se ha registrado subluxación o luxación de cadera en hasta el 2 % de los casos. El 50 % de esas caderas se estabilizan en la semana siguiente al parto y el 88 % lo hacen en dos meses. (6)

Sexo

Los hechos demuestran que se considera que afecta más a las mujeres debido a la mayor adaptabilidad que les proporciona la sensibilidad a las hormonas maternas.

Múltiples estudios han evidenciado que presenta mayor frecuencia en el sexo femenino, lo que puede ser un factor de riesgo importante. Sin embargo, otras investigaciones muestran que no siempre es así.



2.2.2 Factores de riesgo

Antecedentes de displasia en familia

Antecedente familiar: El riesgo de que un paciente con displasia congénita de cadera desarrolle la enfermedad aumenta en un 12 % cuando uno de sus padres también la padece. En los casos en los que uno de los hermanos tiene la enfermedad y ninguno de los padres la padece, el riesgo aumenta en un 6 %. Dicho esto, si ambas enfermedades son hereditarias, el riesgo se dispara hasta el 36 %. Las investigaciones demuestran que, de media, se produce un aumento del 20 %. (6, 36)

Presentación del parto

La aparición de displasia de cadera puede comprometer hasta al 50 % de los recién nacidos en presentación podálica, dependiendo del estado de salud de la madre. Por el contrario, la presentación de nalgas, las caderas flexionadas y las rodillas extendidas solo se observan en el 16 % de los bebés nacidos con displasia de cadera. (6, 36)

Partos por cesárea

Ese elemento está relacionado con otro que se ha investigado; en 2022, Oh et al. estudiaron los embarazos múltiples. Los autores detallan la frecuencia de la displasia de cadera en gestaciones múltiples y evidencian que los hallazgos son variables ligeramente en función de cómo nazca el niño. Hubo un 10,2 % de casos de presentación podálica en embarazos gemelares, cuando el primer feto se presentó en posición cefálica y el segundo en posición podálica. En cuanto a los casos de presentación podálica-cefálica, la incidencia fue del 8,5 %, y en los casos de doble presentación podálica, del 10,3 %. (37, 38)



Hijo de madre primerizas

Estar en su primer o segundo embarazo también se ha vinculado con un incremento del riesgo de displasia, específicamente por la rigidez de la pared uterina. La razón de esto es la mayor probabilidad de displasia.

Peso del recién nacido

El peso al nacer también se considera crucial, ya que determina el peso que soportará un niño hasta alcanzar la madurez completa; un peso de 3500 gramos o más provoca laxitud en la cadera.

2.2.3 Factores clínicos

En ocasiones, al examinar las caderas de un bebé, se pueden observar pliegues cutáneos desiguales a la altura de la parte medial del muslo. La sensibilidad de este indicio lo convierte en uno de los más utilizados para derivar a los pacientes a la clínica de rehabilitación ortopédica. En la página 39 (en un A 34 Existe una fuerte correlación entre la displasia de cadera, que abarca la luxación y la desalineación de la rótula, y la fisiopatología de la zona de la rodilla. Treinta y cinco y cuarenta y uno Otros médicos de atención primaria han señalado la abducción restringida como un indicio; Cabe señalar que estos indicadores clínicos tienen un valor predictivo positivo muy bajo, lo que podría interpretarse como una señal de que no son muy útiles. (41, 42)

Maniobra de Ortolani

Flexionar el músculo en un ángulo de 90 grados mientras se posiciona el dedo central sobre la prominencia mayor del fémur y el pulgar en la zona superior del muslo, junto con la abducción, puede ayudar a reducir el riesgo de luxación, subluxación o inestabilidad de la cadera.



El objetivo de esta actividad es reducir una cadera que se ha dislocado en el pasado. El procedimiento se lleva a cabo mientras el bebé se encuentra en una postura tranquila y supina. Antes de examinar ambas caderas al mismo tiempo, es mejor evaluar primero una cadera y luego pasar a la otra. La pelvis debe estabilizarse con una mano, mientras que con la otra se debe doblar la rodilla y la cadera del lado opuesto 90 grados (para crear un «4»). Esto debe hacerse mientras se pellizca el muslo entre el pulgar (en el lado interno) y los dedos índice y medio colocados en el trocánter mayor (en el lado externo). Abduzca la pierna suavemente con el pulgar, mientras utiliza los demás dedos para presionar el trocánter mayor hacia dentro y hacia arriba. Según la sensación propioceptiva, a menudo conocida como «clic de entrada», el procedimiento se considera eficaz cuando «se siente que el fémur encaja en su sitio». (35, 43)

Maniobra de Barlow

El procedimiento se lleva a cabo con el paciente en decúbito dorsal, con las articulaciones de la cadera flexionadas y levemente separadas. Mientras se mantiene la estabilidad de una cadera, se manipula suavemente la otra cadera en aducción-abducción, con el objetivo de dislocarla mediante la aducción, empujando el cuello femoral hacia atrás y hacia afuera, y luego disminuyéndola en abducción durante todo el procedimiento.

Una vez completada con éxito la prueba, sentirá que la cabeza femoral sale del acetábulo (clic).

La prueba de Ortolani indica una luxación de cadera, y el resultado de Barlow indica una cadera luxable. Se recomienda acudir al profesional correspondiente en caso de que alguna de estas maniobras dé resultados



beneficiosos. No hay motivo para sospechar de displasia de cadera si nota un «clic» o un chasquido en la cadera. Se considera una sensación natural (35).

PARTIR 1° MES: Limitación de la Abducción

Dado que los bebés carecen de tono muscular al nacer, es más eficaz durante las dos primeras semanas. El paciente puede padecer displasia congénita de cadera, lo que cada vez se sospecha más exponencialmente cuando la abducción es inferior a sesenta grados, ya que es posible comparar ambas caderas. Si la enfermedad afecta solo a un lado del cuerpo, la sospecha será aún mayor. (44)

Signo de Galeazzi

Cuando un paciente está sentado en posición supina con las caderas flexionadas en un ángulo de 90 grados, lo que indica una altura desigual entre las rodillas, este signo resulta muy útil. Se pueden incluir características adicionales de Trendelenburg. Durante la evaluación de la displasia de cadera, se debe tener en cuenta la edad gestacional del paciente. Los bebés son más susceptibles a los síntomas de Ortolani y Barlow, por lo que este es el caso. Según el consenso general, la presencia del signo de Galeazzi, una disparidad en la longitud femoral, la asimetría de los pliegues del muslo y las nalgas, y una amplitud de movimiento limitada en la abducción se asocia a menudo con un niño de tres a cuatro meses de edad. Tanto estos hallazgos como el de Trendelenburg son bastante recientes y dan una impresión más sombría. (45)

Ecografía funcional de caderas

Es difícil ver la cabeza femoral en las radiografías tradicionales porque es principalmente cartílago hasta que el bebé tiene entre cuatro y seis meses. Por este motivo, esta modalidad de imagen se considera la principal para



identificar esta afección en bebés menores de seis meses. La ecografía, los ángulos acetabulares, la anatomía y la clasificación según Graf permiten determinar el tratamiento (6, 47)

- Tipo I: cadera normal = alfa $> 60^\circ$.
- Tipo II: cadera con retraso en el desarrollo acetabular = alfa entre 50° y 60° .

Tipo IIa. < 3 meses de edad.

Tipo IIb. > 3 meses de edad.

Tipo IIc. Ángulo alfa entre 43° y 49° y ángulo beta $< 77^\circ$.

- Estable
- Inestable o Tipo IId: cadera descentrada alfa entre 43° y 49° y beta $> 77^\circ$.
- Tipo III: ángulo alfa $< 43^\circ$.
- Tipo IV: ángulo alfa $< 43^\circ$. Si el desplazamiento del cartílago es a craneal se clasifica como Tipo III, si es a caudal Tipo IV. (6, 47).

Grados de displasia del desarrollo de cadera (6, 35)

Definición

Entre los motivos más comunes de limitación funcional en menores de cinco años, la displasia del desarrollo de la cadera se encuentra ampliamente respaldada en la literatura. Este trastorno es, con diferencia, el problema ortopédico más frecuente entre los recién nacidos. Cuando se aplica al acetábulo en desarrollo y al fémur proximal, este término denota generalmente anomalías en el área de la patología. Enfermedades como la displasia, la luxación y las variaciones de subluxación son solo algunos ejemplos de estos cambios. La zona afectada suele ser la cadera izquierda, ya que los estudios



demuestran que las mujeres presentan una mayor predisposición a desarrollarla que los varones. La displasia del desarrollo de la cadera (DHD) constituye tanto una causa como una consecuencia de las anomalías anatómicas que conducen a la aparición de coxartrosis en niños y adultos jóvenes.

Etiología

Los factores ambientales y genéticos, la posición del paciente dentro del útero y otros factores están relacionados con ella. A pesar de la detección de los factores predisponentes, se desconoce el origen y la fisiopatología de esta afección.

Aspectos Epidemiológicos

Se presenta en 1 por cada 500 - 1.000 nacidos vivos.

Cuadro Clínico

En el espectro de la inestabilidad coxofemoral, es necesario diferenciar los siguientes tipos:

- Caderas subluxables o laxas: la cabeza femoral se desplaza parcialmente dentro del acetábulo, permaneciendo apoyada en el fondo del mismo en reposo
- Caderas con subluxación: la cabeza femoral se desplaza en el acetábulo, pero a diferencia de las subluxables, no permanece en contacto con el fondo del acetábulo
- Caderas subluxadas: la cabeza del fémur se desliza dentro del acetábulo y se aleja del piso acetabular, a diferencia de las caderas laxas.



- Va de la mano con las caderas dislocadas, que permanecen en una posición anómala incluso cuando no se mueven.

Se divide en tres grados, que son los siguientes:

En la displasia simple, a veces denominada grado I, la cadera sigue estando en su sitio, pero el acetábulo no está bien formado.

Dos signos de subluxación de cadera de grado II son la hipoplasia acetabular y la subluxación de cadera.

Paso tres (luxación): luxación completa de cadera asociada a hipoplasia acetabular (6, 35)

La osificación de los núcleos epifisarios permite que las radiografías sean útiles a partir de los tres meses de vida, lo que las convierte en una de las técnicas de diagnóstico más esenciales disponibles. Rápido, económico y capaz de identificar focos de osificación secundaria en el cartílago acetabular y la cabeza femoral, fue el primer método de imagen utilizado. de 10,39 a Su uso ha disminuido en comparación con épocas anteriores debido a la preocupación por la radiación a la que se expone a los bebés. Se tienen en cuenta variables como la ubicación del paciente dentro del útero, junto con variables ambientales y genéticas. La etiología y la fisiopatología de la afección siguen sin conocerse bien, a pesar de la identificación de los factores de riesgo. (46)

La Tríada Radiológica de Putti permite confirmar el diagnóstico de displasia congénita de cadera y está conformada por:

- Hipoplasia del núcleo cefálico femoral
- Mayor oblicuidad del techo cotiloideo

- Separación externa del extremo proximal del fémur. El signo número 2 es el que se manifiesta con mayor precocidad.

Desde 2015, el Instituto Internacional de Displasia de Cadera ha detallado la categorización radiológica más actual utilizando las líneas Hilgenreiner (H) y Perkin (P). Como herramienta de diagnóstico y detección para niños más pequeños, esta clasificación no tiene en cuenta la existencia del núcleo de osificación del fémur proximal. En la intersección de las dos líneas, se dibuja un ángulo de 45 grados (D). H es un punto de referencia que se encuentra a mitad de la metáfisis proximal del fémur. Su ubicación de cuatro grados viene determinada por este punto, que también sirve como eje: (6)

- Grado I: punto H contacta la línea P o se encuentra medial a ésta
= Normal
- Grado II: punto H lateral respecto de la línea P y medial a línea D
- Grado III: punto H lateral a línea D, sobre o bajo la línea H
- Grado IV: punto H por sobre la línea

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Desarrollo de Displasia de Cadera (DDC)

La expresión engloba diversas anomalías de cadera que pueden afectar a los niños, entre ellas la displasia acetabular y la malposición de la cabeza femoral. La subluxación moderada y la luxación irreversible son dos extremos del espectro de posibles problemas. (35)

Factores de riesgo

Podría ser una característica personal o acontecimientos pasados lo que le hacen más vulnerable a las enfermedades u otros problemas de salud. (5).



Luxación

Desalineación de la cabeza femoral, permaneciendo fuera del acetábulo (35).

Niño Lactante

El crecimiento excesivamente rápido ocurre entre los 0 y 12 meses de vida, iniciándose al nacer y extendiéndose durante tres años. Esta constituye la primera etapa de la existencia de todo ser humano, desarrollándose fuera del útero. (6)

CAPITULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño propuesto es de tipo no experimental y no se realizó ningún tipo de modificación o intervención en las variables de la investigación

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según la investigación planteada es de carácter básico, de nivel correlacional y de corte transversal según la temporalidad de los hechos es un estudio retrospectivo.

Variable 1: Factores de riesgo y clínicas

Variable 2: Displasia de cadera

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.

El método aplicado fue hipotético – deductivo, cuantitativo las variables e indicadores serán presentados y medidos en números con frecuencias, porcentajes, y con análisis numérico y estadístico

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Se consideraron para la población las historias clínicas de los recién nacidos. del año 2024 habiendo sido 551 de los cuales a quienes se les solicito descarte de alteraciones o deformidades congénitas de cadera y según el diagnóstico de algún grado de displasia de cadera fueron 32.

Muestra

Se trabajó con una muestra censal de los 32 niños menores de 12 meses diagnosticados con displasia de cadera durante el año 2024.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

TÉCNICAS:

Variable 1: Análisis documental

Variable 2: Análisis documental

Instrumento: Se realizó bajo análisis documental la extracción de datos de las historias clínicas.

Variable 1: Ficha de recolección de historias clínicas.

Instrumento: Para recopilar información de los historiales médicos sobre los elementos de riesgo asociados a la displasia de cadera en lactantes menores de un año, se utilizó un formulario de recopilación de datos.

Variable 2: Ficha de recolección de datos del grado de displasia de cadera

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se elevó una solicitud al responsable del establecimiento de salud para darle a conocer el proyecto que se deseaba realizar.

Solicitud que fue aceptada y fue autorizada por el Jefe del establecimiento.

Se autorizó a utilizar las historias clínicas con el registro del tratamiento y seguimiento realizado a usuarios identificados con displasia del desarrollo de la cadera atendidos por el servicio de admisión

El departamento de admisiones nos proporcionó de forma rápida y organizada 32 historiales médicos en las fechas indicadas. Tras haber completado y remitido el formulario de recopilación de datos, la información se marcó como considerada y se incluyó en el historial médico.

Se elaborado una base de información y datos para luego según las dimensiones, indicadores analizar estadísticamente.

Se elabora el informe final

Se presentará para la publicación de los resultados una vez revisada, sustentada.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

Con la finalidad de ordenar, analizar y evaluar la información recopilada, se aplicó la prueba de Chi cuadrado. La información fue procesada a partir de las fichas físicas de ambos instrumentos en el programa estadístico del SPSS según la fórmula siguiente:

$$\chi^2_{calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(O_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Validación.

Debido a los bajos indicadores de las normas, directrices y protocolos del Ministerio de Salud y la atención a los niños diagnosticados con alteración del desarrollo de la cadera, se realizó posteriormente a que tres jueces lo aprobaran y tres expertos en la materia dieran su opinión antes de comenzar el trabajo. Estas medidas se tomaron sabiendo que los indicadores ya eran bajos.

Confiabilidad.

La confiabilidad es del 95% de certeza con 0.71 de alfa de Cronbach.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Identificar Los factores de riesgo vinculados a la displasia de cadera en lactantes menores de un año constituyen el propósito central del Centro de Salud Guadalupe, Juliaca 2024.

A partir del cual se ha orientado los resultados según las dimensiones propuestas en cada específico:

- Factores personales
- Factores de antecedentes maternos y del niño
- Factores clínicos
- Grado displasia de cadera en niños menores de 12 meses



TABLA 1. Edad relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Edad del niño | Displasia de cadera | | | | | | | |
|------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| Menor de 6 meses | 7 | 21,8 | 12 | 37,4 | 2 | 6,3 | 21 | 65,5 |
| De 7 meses | 3 | 9,4 | 2 | 6,3 | 0 | 0 | 5 | 15,7 |
| de 8 meses | 1 | 3,1 | 3 | 9,4 | 0 | 0 | 4 | 12,5 |
| De 9 meses | 0 | 6,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6,3 |
| Total: | 11 | 40,6 | 17 | 53,1 | 2 | 6,3 | 30 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal} = 5,409$

$P = 0,493$

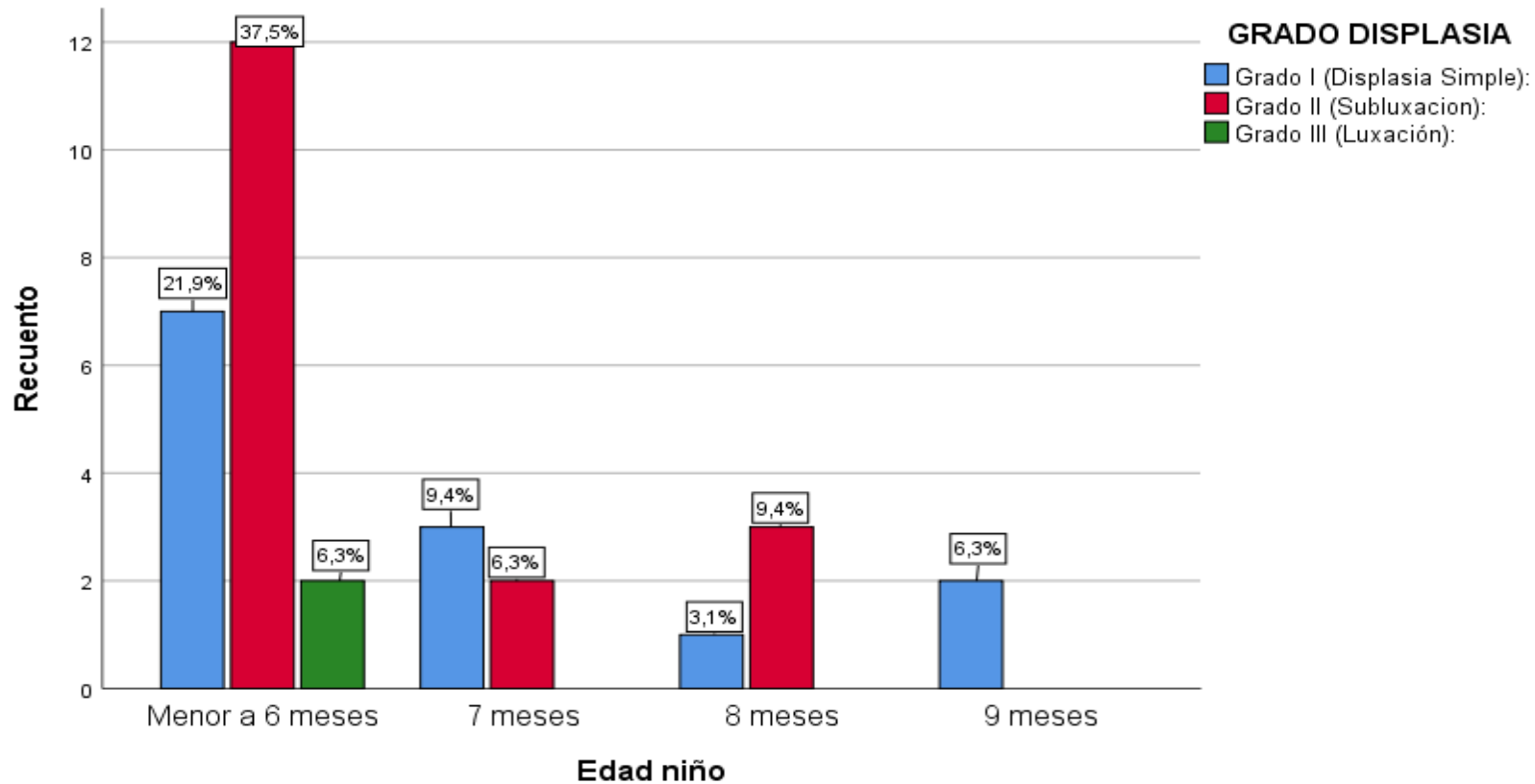
Prueba no **significativa**

$X^2_{tab} = 12,592$

$GI = 6$

FIGURA 1. Edad relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud

Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 1.



El objetivo principal del Centro de Salud Guadalupe es Identificar si las características individuales se encuentran asociadas con la displasia de cadera en lactantes y niños menores de un año.

En cuanto a los factores personales, podemos observar que el 65,6 % de los niños evaluados por displasia de cadera tenían menos de seis meses, el 15,6 % tenían siete meses, el 12,5 % tenían ocho meses y el 6,3 % tenían nueve meses. Los datos se muestran en la figura 1, tabla 1.

Se observó displasia de cadera en el 65,6 % de los bebés menores de seis meses; la subluxación de grado II afectó al 37,5 %, la simple de grado I al 21,9 % y la luxación de grado III al 6,3 % de los pacientes. Ninguno de ellos había superado los seis meses. En el grupo de bebés menores de siete meses, se Se identificó que el 9,4 % presentaba displasia de cadera simple de grado I y el 6,3 % mostraba subluxación de cadera de grado II. El 15,6 % del total de niños tenía menos de siete meses.

Como resultado de una estadística no significativa, pudimos concluir que, los niños diagnosticados con displasia de cadera en desarrollo en el Centro de Salud Guadalupe no parecen verse afectados por su edad en el momento del diagnóstico en relación con la gravedad de la afección. Utilizamos X^2 con un IC del 95 % y un margen de error del 5 % para investigar estas afirmaciones.

En una prueba con 6 grados de libertad y un valor p de 0,493, se encontró que $X^2_{cal}=5,409$ era menor que $X^2_{tab}=12,592$.

El presente estudio muestra que la captación o registro del caso de displasia se dio antes de los 6 meses en mas del 65% siendo a predominancia del grado de displasia I y II.

Existen diversos estudios que dan cuenta de la edad de captación del caso como el realizado por **Gutierrez. (32)** Juliaca 2023: Este fue un período revolucionario. La



identificación y el manejo precoz de la displasia de cadera en los niños guardan una relación estrecha con que el 42,62 % de ellos tenga entre tres y seis meses de edad. En un estudio de seguimiento, Eulogio (28) analizó los síntomas y las características radiográficas de los recién nacidos de entre cuatro y doce meses de edad. El grupo de edad más común representaba el 31,25 % de todos los casos cuando los bebés tenían cinco meses.

Soy Manzaneda (15 años). Investigadores del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón estudiaron a neonatos menores de doce meses con el fin de reconocer los factores de riesgo y las variables que predisponen. Se evidenció que el método más efectivo para prevenir la aparición de la afección era la detección temprana, que se producía antes de los tres meses de edad, es crucial.

TABLA 2. Sexo relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Sexo del niño | Displasia de cadera | | | | | | | |
|---------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| Femenino | 4 | 12,4 | 11 | 34,4 | 2 | 6,4 | 17 | 53,2 |
| Masculino | 9 | 28,1 | 6 | 18,7 | 0 | 0 | 15 | 46,8 |
| Total: | 13 | 40,5 | 17 | 53,1 | 2 | 6,4 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal}= 5,289$$

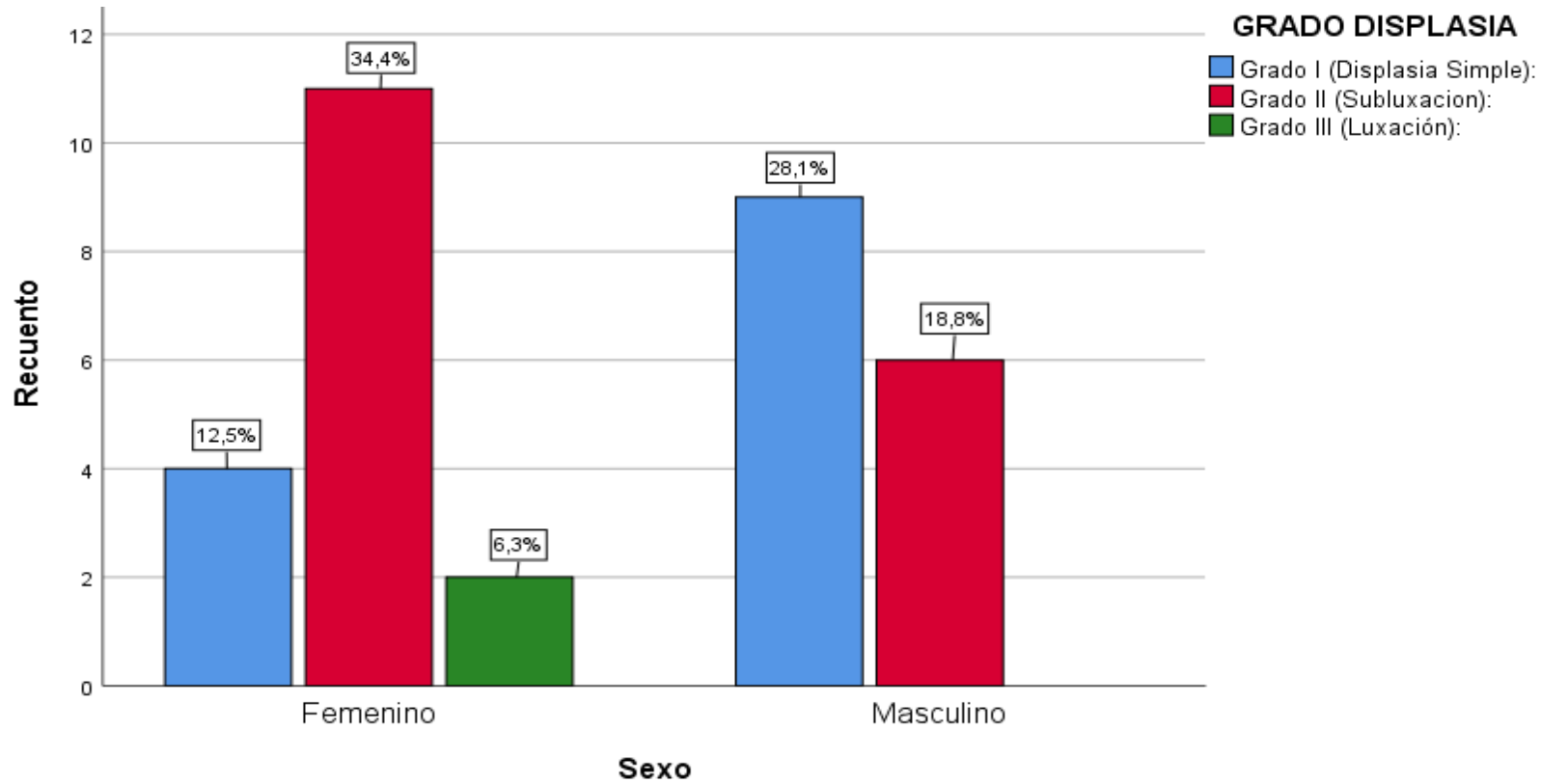
$$P=0,071$$

Prueba no **significativa**

$$X^2_{tab}=5,992$$

$$Gl=2$$

FIGURA 2. Sexo relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 2.



Se realizaron pruebas de displasia de cadera a 32 niños; el 50,1 % de ellos eran niñas y el 46,9 % eran niños. Entre los factores personales que se indican en la tabla y la figura 2 se incluye el sexo de los niños.

La subluxación de cadera de grado II afectó al 34,4 % de las mujeres pertenecientes a minorías, la displasia de cadera simple de grado I afectó al 12,5 % y la luxación de cadera de grado III afectó al 6,3 %. La suma de todas las menores de edad. Se descubrió que el 28,1 % de los 46,9 % de los menores de edad varones tenían displasia de cadera simple de grado I, y el 18,8 % de los pacientes tenían subluxación de cadera de grado II.

Pudimos concluir que, los resultados del Centro de Salud Guadalupe muestran que, entre los menores diagnosticados con displasia de cadera antes del primer año de vida, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la severidad de la patología. Para verificar nuestra hipótesis, se empleó la prueba estadística Chi cuadrado (X^2), con un nivel de error del 5 % y un grado de confianza del 95 %. Dos grados de libertad y un valor p de 0,071 indicaron que $X^2_{cal}=5,289$ era inferior a $X^2_{tab}=5,992$.

A pesar de no haber alcanzado significación estadística en este estudio, hay pruebas de que la distribución es casi la misma, con solo el 53 % de los individuos siendo mujeres y el 47 % hombres.

De acuerdo con diversos estudios (incluido el realizado por Casas), las mujeres presentan esta afección en una proporción superior a la de los varones. El conjunto de estudio estuvo integrado por veintiséis participantes. Los hallazgos revelaron que el 18,1 % de los hombres y el 22,5 % de las mujeres mostraban displasia coxofemoral de grado moderado.

Según el estudio independiente de Durán-Calle, Crispin-Nina y Guizada-Montaño



(24), El sexo femenino constituye el factor de riesgo más estrechamente asociado a la displasia de cadera. Las mujeres presentan una probabilidad 139,04 veces superior de desarrollar esta afección en comparación con los varones.

Sarango (30) descubrió que, a los 36 meses de edad, el 37,2 % de las recién nacidas y el 30,8 % de los recién nacidos presentaban marcadores radiológicos positivos para la aparición de displasia de cadera. Se determinó que los neonatos evaluados presentaban una displasia de cadera en proceso de formación y necesitaban tratamiento inmediato.

.

TABLA 3. Antecedentes de displasia relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Antecedentes familiares | Displasia de cadera | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| Hermanos | 1 | 3,1 | 3 | 9,4 | 1 | 3,1 | 5 | 15,6 |
| Padre | 2 | 6,3 | 3 | 9,4 | 0 | 2,9 | 5 | 18,6 |
| Madre | 2 | 6,3 | 7 | 21,9 | 1 | 3,1 | 10 | 31,3 |
| Ninguno | 8 | 22,0 | 4 | 12,0 | 0 | 0 | 12 | 34,5 |
| Total: | 13 | 37,7 | 17 | 52,7 | 2 | 9,6 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal} = 7,814$

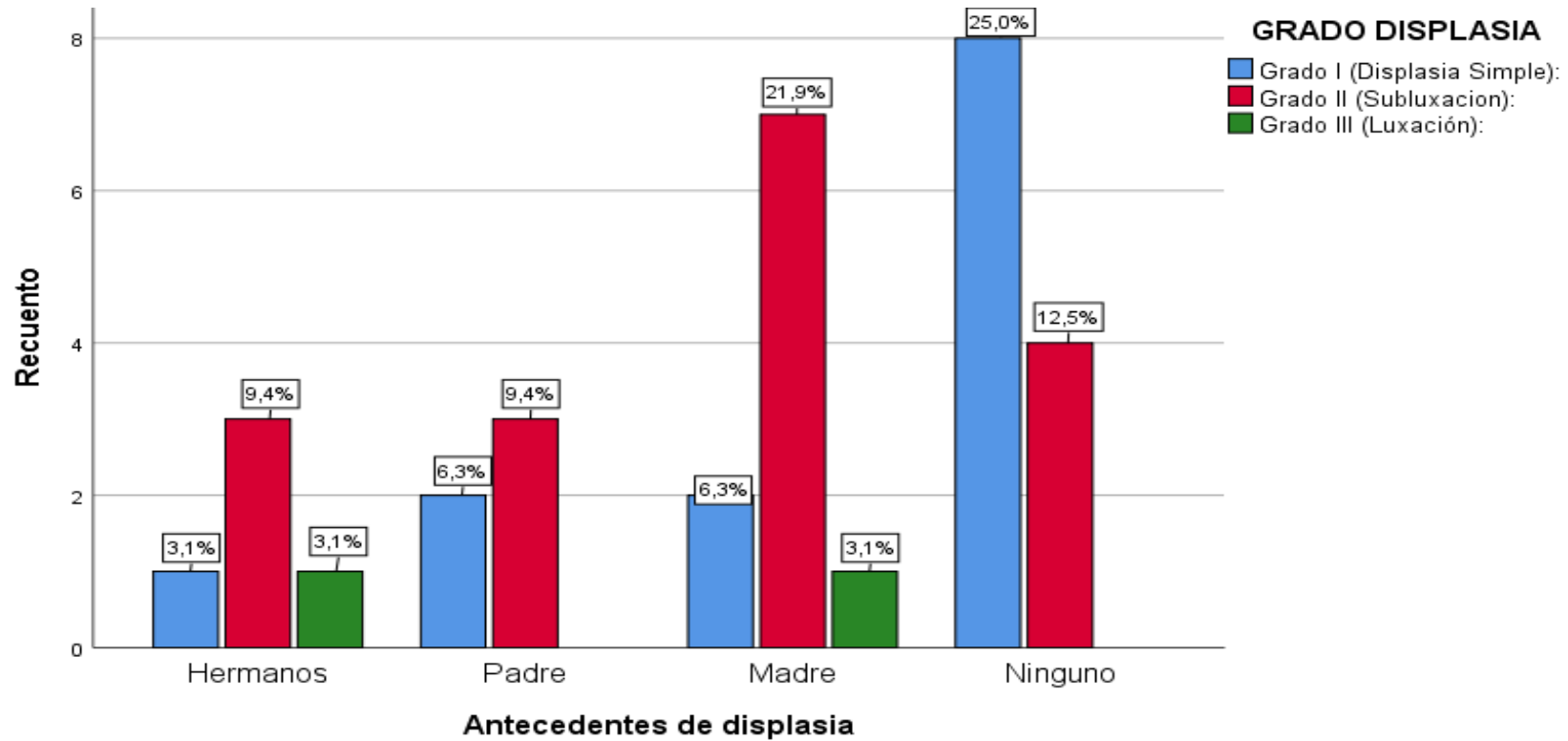
$P = 0,247$

Prueba no **significativa**

$X^2_{tab} = 12,592$

$Gl = 6$

FIGURA 3. Antecedentes de displasia relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 3



Concretamente, la segunda propuesta es la siguiente: identificar las características maternas e infantiles relacionadas con la displasia de cadera en niños menores de un año será responsabilidad del Centro de Salud Guadalupe 2024.

En 2024 se examinó la displasia de cadera en 132 niños. La tabla 3 y la figura 3 presentan los datos demográficos de las madres y de los niños de estos pequeños. De las personas de este grupo, el 37,5 % no tenía antecedentes familiares conocidos de displasia de cadera, el 31,3 % tenía una madre con la enfermedad, el 13,3 % tenía un padre con la afección y el 15,6 % tenía hermanos con la afección.

Se observaron diversos grados de displasia de cadera en los niños con antecedentes de displasia en sus madres: subluxación de grado II en el 21,9 %, displasia simple de grado I en el 6,3 % y luxación de grado III en el 3,1 %. Entre los niños con displasia de cadera, el 3,1 % presentaba una luxación de grado III, el 9,4 % una subluxación de cadera de grado II y el 3,1 % una displasia simple de cadera de grado I, y los tres tenían antecedentes familiares de la enfermedad.

Para esta prueba estadística, empleamos una estadística X^2 con un intervalo de confianza del 95 % y un margen de error del 5 % para examinar la hipótesis. La estadística X^2 con 6 grados de libertad fue de 12,592, lo que fue 7,814 inferior a la estadística X^2_{tab} . Los niños menores de un año en C.S. Guadalupe 2024 que tenían antecedentes familiares de displasia de cadera no presentaban una correlación con la gravedad de su afección, según el valor p no significativo de 0,247.

Casi el 70 % de los participantes en este estudio tenían un árbol genealógico que incluía muchas generaciones de la misma persona.

Se han realizado algunos estudios, según Casas (26). Con una desviación estándar de 1,9 meses, sus resultados mostraron que la edad media de los nacimientos era de 8,49 meses. Desde el más joven hasta el más mayor, la edad de los recién nacidos



oscilaba entre los 5 y los 12 meses. En este sentido, solo el 6 % de las mujeres tenían realmente antecedentes personales o familiares de displasia de cadera, mientras que el 94 % de las mujeres no los tenían.

Los investigadores Valdivia y Flores (31) En su estudio sobre los factores de riesgo de la displasia de cadera y su incidencia en Macusani, descubrieron que existe una asociación entre esta afección y los antecedentes familiares ($p = 0,042$).



TABLA 4. Antecedente por presentación fetal relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Presentación fetal | Displasia de cadera | | | | | | | |
|--------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| Cefálica | 7 | 21,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 21,9 |
| Podálica | 6 | 18,7 | 17 | 53,1 | 2 | 6,3 | 25 | 78,1 |
| Total: | 13 | 40,6 | 17 | 53,1 | 2 | 6,3 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal} = 13,095$

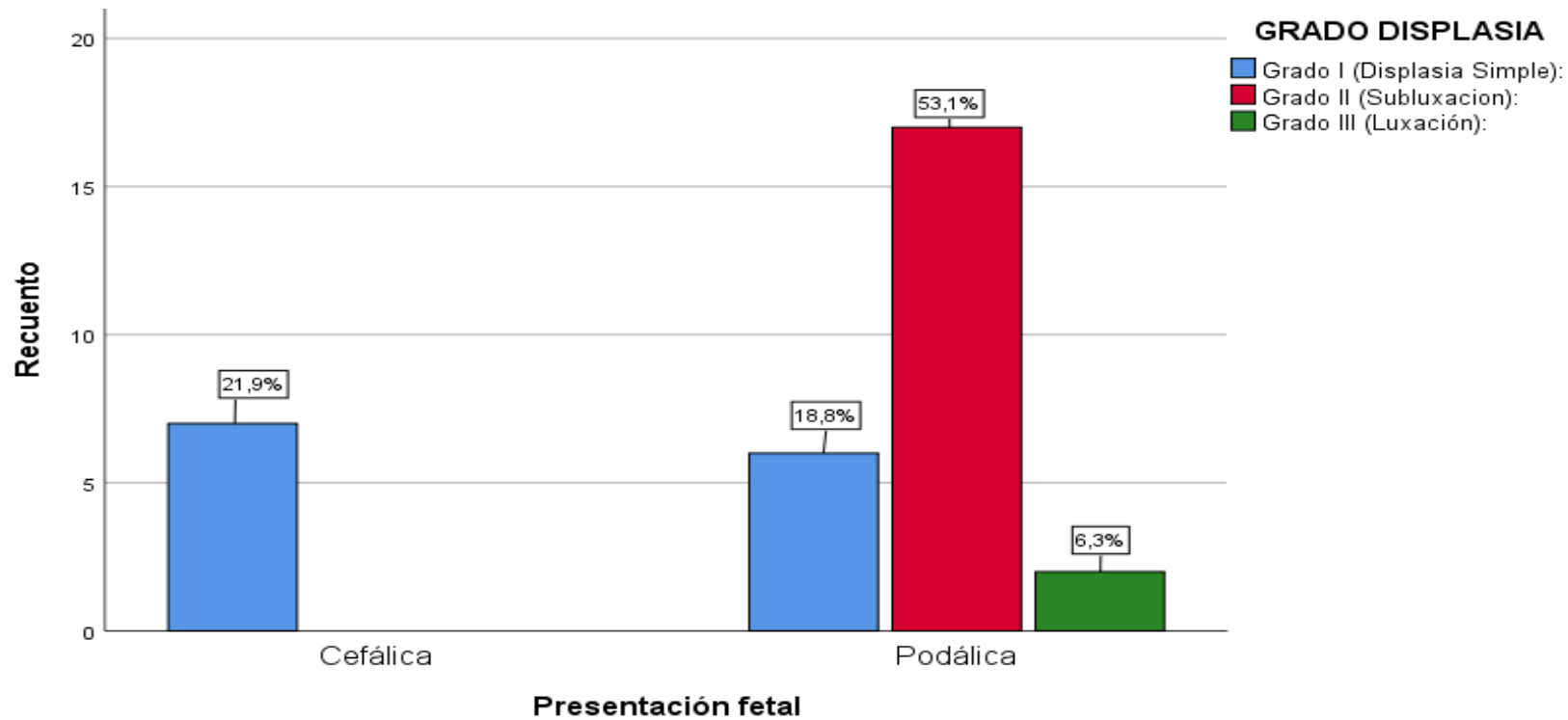
$P = 0,001$

Prueba **significativa**

$X^2_{tab} = 5,992$

$Gl = 2$

FIGURA 4. Antecedentes de presentación fetal relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 4.



En CS Guadalupe, en 2024, se evaluó la displasia de cadera a 32 recién nacidos. Las tablas 4 y 5 muestran la presentación fetal de estos niños. Se examinó a un total de 32 niños, de los cuales el 78,1 % presentaba una posición podálica y el 21,9 % una posición cefálica.

El 52 % de los recién nacidos en presentación podálica presentaban subluxación de cadera de grado dos, el 18 % presentaban displasia de cadera simple de grado uno y el 6 % presentaban luxación de cadera de grado tres. Aproximadamente el 78 % del total pertenece a esta categoría. El 192 % de los bebés nacidos con presentación fetal cefálica presentaban displasia de cadera simple de grado I.

En los niños menores de 12 meses del Centro de Salud Guadalupe, pudimos concluir con total confianza que la presentación fetal está asociada con la displasia de cadera, ya que nuestro $X^2_{cal}=13,095$ fue superior a $X^2_{tab}=5,992$, con 2 grados de libertad, $p=0,001$, y fue estadísticamente significativo. Para ello se utilizó la prueba de hipótesis X^2 , que tiene un margen de error del 5 % y una tasa de aceptación del 95 %.

Los investigadores Durán-Calle, Crispin-Nina y Guizada-Montaño descubrieron que más del 78 % de los recién nacidos que participaron en el estudio nacieron con la cabeza girada hacia un lado (24). Los investigadores descubrieron que, entre los niños identificados con displasia de cadera en desarrollo, el género era el factor de riesgo más estrechamente relacionado. La probabilidad de que un bebé naciera en posición podálica o transversal era 12,58 veces mayor.



TABLA 5. Antecedente por tipo de parto por cesárea relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Parto por cesarea | Displasia de cadera | | | | | | | |
|-------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| Si | 6 | 18,8 | 7 | 21,9 | 2 | 6,3 | 15 | 47,0 |
| No | 7 | 21,9 | 10 | 31,1 | 0 | 0 | 17 | 53,0 |
| Total: | 13 | 40,7 | 17 | 53,0 | 2 | 6.3 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal} = 2,491$

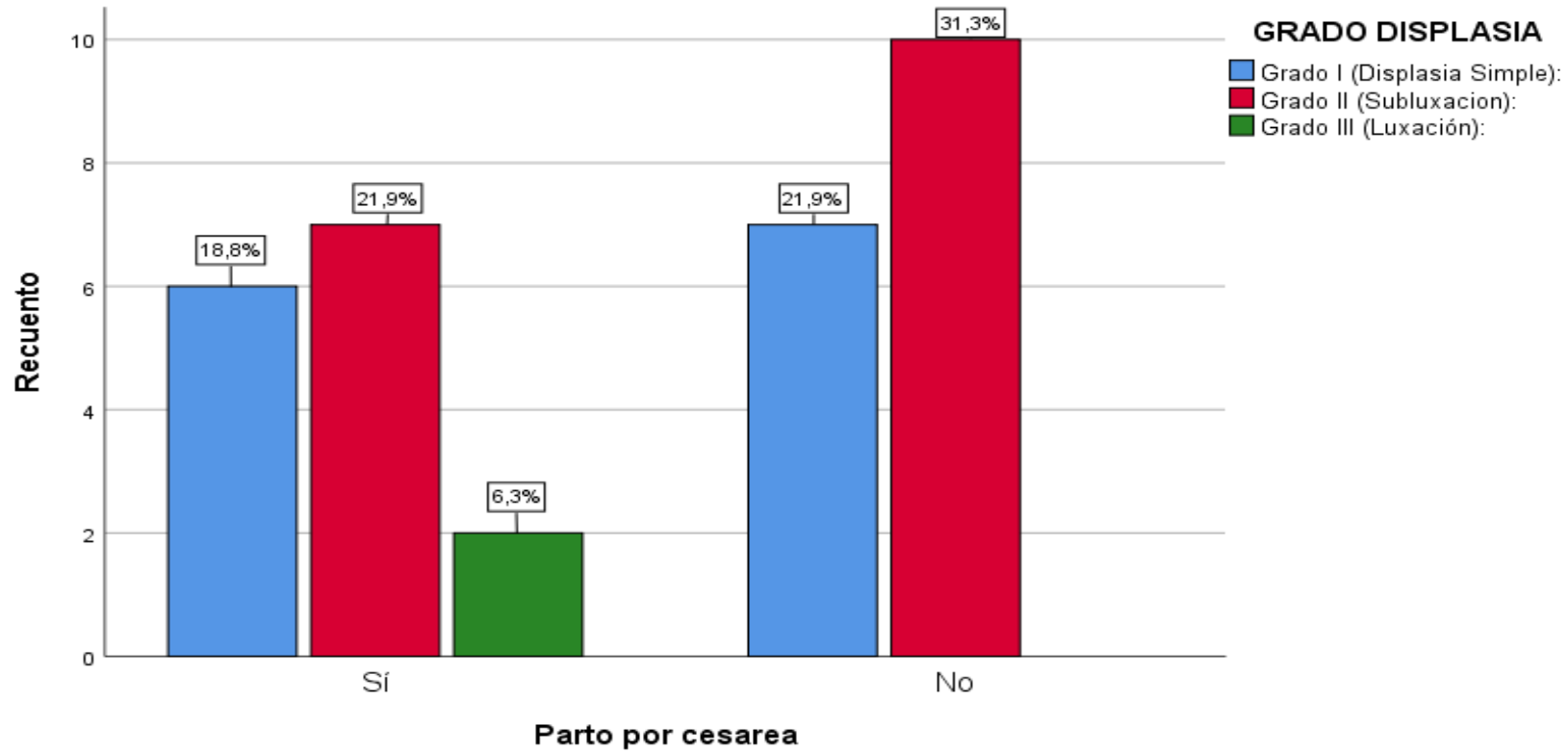
$P = 0,288$

Prueba no **significativa**

$X^2_{tab} = 5,992$

$Gl = 2$

FIGURA 5. Parto por cesárea relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 5.



En 2024 se realizó un examen de displasia de cadera a 32 recién nacidos en CS. Guadalupe; de ellos, el 42,9 % había nacido por cesárea, mientras que el 53,1 % no. La tabla 5 y la figura 5 muestran el historial de partos por cesárea de los niños, respectivamente.

De los bebés que nacieron por cesárea, el 46,9 % tenía displasia de cadera, con un 21,9 % que presentaba subluxación de cadera de grado II, un 18,8 % que presentaba displasia de cadera simple de grado I y un 6,3 % que presentaba luxación de cadera de grado III. El 13 % de los bebés que no nacieron por cesárea presentaban subluxación de cadera de grado II y el 4 % presentaban displasia simple de cadera de grado I.

Con 2 grados de libertad y un valor p de 0,288, observamos que nuestro $X^2_{cal}=2,491$ era significativamente inferior al $X^2_{tab}=5,992$ crítico. En el Centro de Salud Guadalupe, no encontramos ninguna asociación entre el parto por cesárea y la displasia de cadera en niños menores de 12 meses, como resultado de utilizar la prueba estadística para comprobar la hipótesis X^2 con un error del 5 % y una aceptación del 95 %.

Más de la mitad de los bebés menores de un año habían nacido por cesárea y, según el presente estudio, la mayoría de esos niños presentaban displasia de grado I y II.

Según numerosas investigaciones, someterse a una cesárea aumenta la probabilidad de sufrir complicaciones

TABLA 6. Antecedente por gestación primeriza relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Gestante primeriza | Displasia de cadera | | | | | | | |
|--------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| Si | 3 | 9,4 | 12 | 37,3 | 2 | 6,3 | 17 | 53,0 |
| No | 10 | 31,4 | 5 | 15,6 | 0 | 0 | 15 | 47,0 |
| Total: | 13 | 40,8 | 17 | 52,9 | 2 | 6,3 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal} = 9,560$$

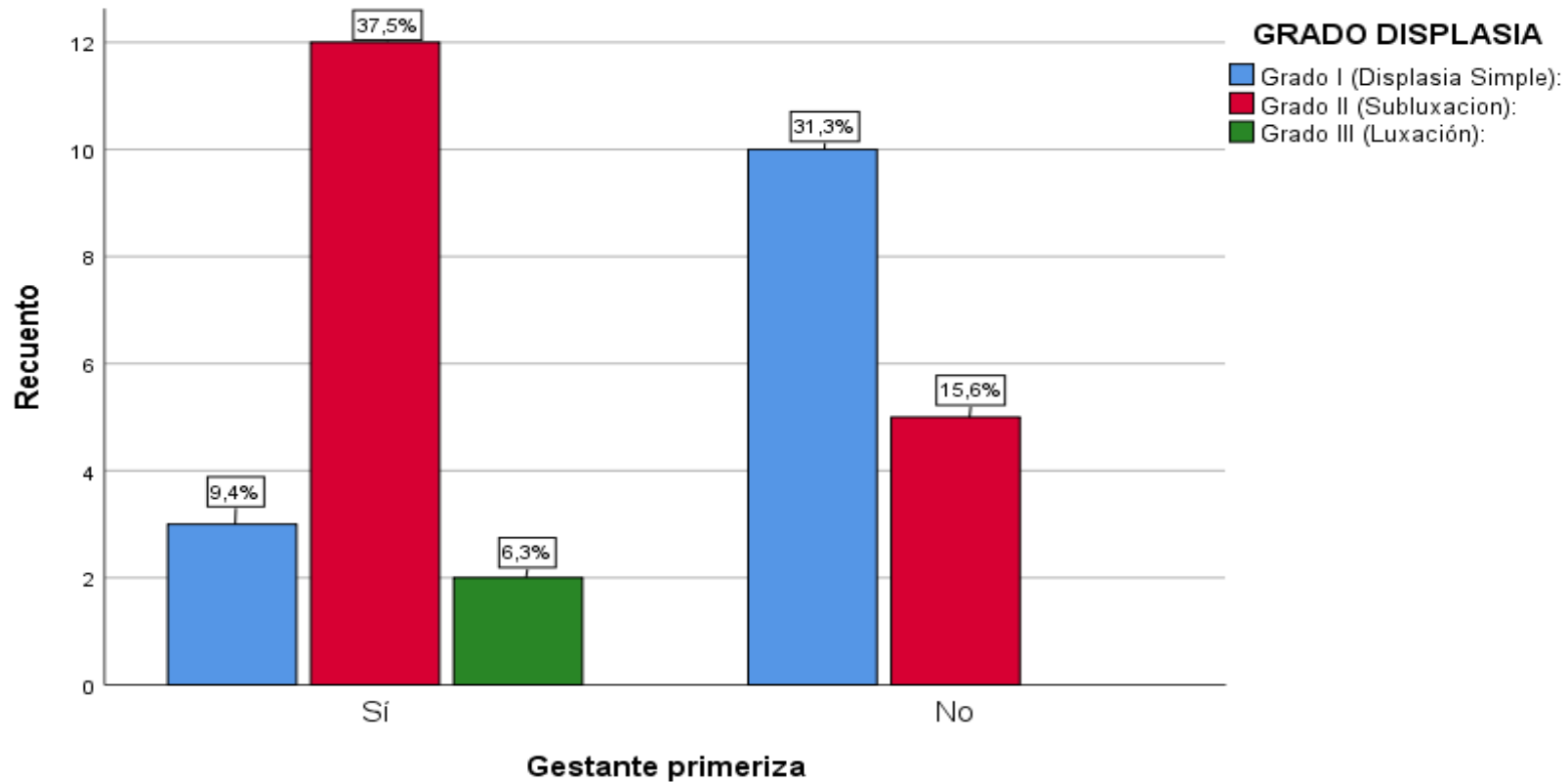
$$P = 0,014$$

Prueba **significativa**

$$X^2_{tab} = 5,992$$

$$Gl = 2$$

FIGURA 6. Gestante primeriza relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 6.



Las treinta y dos niñas diagnosticadas con displasia de cadera en el CS Guadalupe en 2024 fueron madres por primera vez. La tabla 6 y la figura 6 proporcionan el contexto necesario para comprender la situación de estas mujeres. Las madres primerizas representaban el 53,1 % de estas mujeres, mientras que las que no eran madres representaban el 46,9 %.

La prevalencia de displasia de cadera fue del 53,1 % en los niños nacidos de madres primerizas. Entre estos recién nacidos, el 37,5 % presentaba subluxación de cadera de grado II, el 9,4 % mostraba displasia de cadera simple de grado I y el 6,3 % presentaba luxación de cadera de grado III. La displasia de cadera simple de grado I afectaba al 46,9 % de los niños, mientras que la subluxación de cadera de grado II afectaba al 15,6 %. Las mujeres que no estaban teniendo su primer hijo dieron a luz a estos niños.

Encontramos un resultado estadísticamente significativo de $X^2_{cal}=9,560$, que era mayor que $X^2_{tab}=5,992$, con 2 grados de libertad, $p=0,014$, utilizando la prueba estadística para comprobar hipótesis, X^2 , con un error del 5 % y una aceptación del 95 %. Por esta razón, podemos afirmar categóricamente que el Centro de Salud Guadalupe encontró un mayor riesgo de displasia de cadera en lactantes menores de 12 meses cuando la madre era madre primeriza.

La mayor parte de los niños hijos de madres que participaron en este estudio tenían displasia de grado I o II, y más de la mitad de esas madres esperaban su primer hijo. Se han encontrado similitudes notables en la investigación previa de Moya. (34) Las madres primíparas cuyos hijos eran más propensos a tener displasia (72,9 % frente a 49,0 %; odds ratio = 2,80, IC del 95 % = 0,001; 1,53-5,1) a lo largo del estudio. Durán-Calle, Crispin-Nina y Guizada-Montaño realizaron un estudio adicional al mismo tiempo. Las madres primíparas eran más propensas a tener displasia de cadera, como lo demuestra la mayor razón de posibilidades de 4,52.

TABLA 7. Antecedente por peso del recién nacido relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Peso del recién nacido | Displasia de cadera | | | | | | | |
|------------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| 2,500 a 3,500 gramos | 10 | 31,3 | 5 | 15,6 | 0 | 0 | 15 | 46,9 |
| Mayor 3,501 gramos | 3 | 9,3 | 12 | 37,5 | 2 | 6,3 | 17 | 53,1 |
| Total: | 13 | 40,6 | 17 | 53,1 | 2 | 6,3 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal} = 8,560$

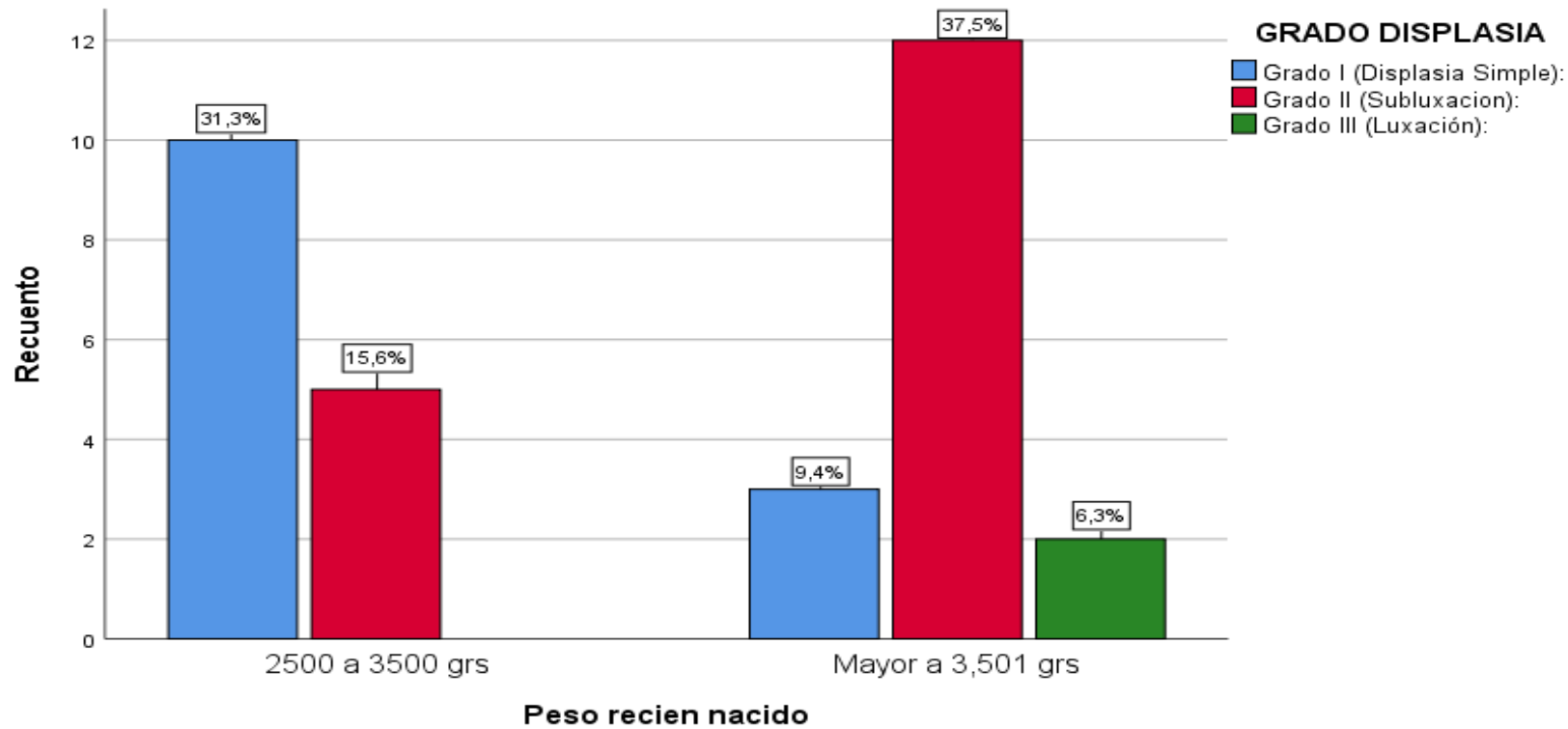
$P = 0,014$

Prueba **significativa**

$X^2_{tab} = 5,992$

$G.I = 2$

FIGURA 7. Peso del recién nacido relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 7.



En 2024, 32 bebés nacieron en CS. Guadalupe con displasia de cadera; la tabla 7 y la figura 7 proporcionan información básica sobre su peso al nacer. Como porcentaje del peso total al nacer, el 53,1 % pesaba más de 3501 gramos, mientras que el 46,9 % pesaba entre 2500 y 3500 gramos.

Los bebés con un peso al nacer superior a 3501 gramos tenían más probabilidades de padecer displasia de cadera (53,1 %). Se observó subluxación de cadera de grado II en el 37,5 % de los niños, displasia de cadera simple de grado I en el 8,4 % y luxación de cadera de grado III en el 6,3 %, según los diagnósticos confirmados. De los bebés cuyo peso al nacer se situaba entre 2599 y 3499 gramos, el 46,9 % presentaba displasia simple de grado I y el 15,6 % subluxación de cadera de grado II. Se obtuvo un valor estadísticamente significativo de $X^2_{cal}=8,560$, superior a $X^2_{tab}=5,992$ con 2 grados de libertad, $p=0,014$, utilizando la prueba estadística para comprobar hipótesis, X^2 , con un error del 5 % y una aceptación del 95 %. En 2024, en el Centro de Salud Guadalupe, pudimos confirmar que existe una fuerte correlación entre el peso neonatal la mayor parte de los niños hijos de madres que.

Más de la mitad de los niños de este estudio tenían displasia de cadera de grado II y nacieron con un peso superior a 3500 gramos.

El presente estudio llena un vacío en la literatura al ser el primero en examinar la correlación entre el bajo peso al nacer y el retraso en la maduración de la cadera. Si bien Durán-Calle, Crispin-Nina y Guizada-Montaño (24) proporcionan información que sugiere que un peso superior a 3500 gramos puede contribuir a la laxitud de la cadera, cabe mencionar que estas referencias carecen de un estudio concreto y son de carácter general. Por lo tanto, esto demuestra no solo la novedad, sino también la relevancia de los hallazgos del presente estudio.

TABLA 8. Factores clínicos por maniobra Ortolani relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Maniobra Ortolani | Displasia de cadera | | | | | | | |
|-------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| Negativo | 10 | 31,3 | 1 | 3,1 | 0 | 0 | 11 | 34,4 |
| Positivo | 3 | 9,3 | 16 | 50,0 | 2 | 6,3 | 21 | 65,6 |
| Total: | 13 | 40,6 | 17 | 53,1 | 2 | 6,3 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal} = 17,598$$

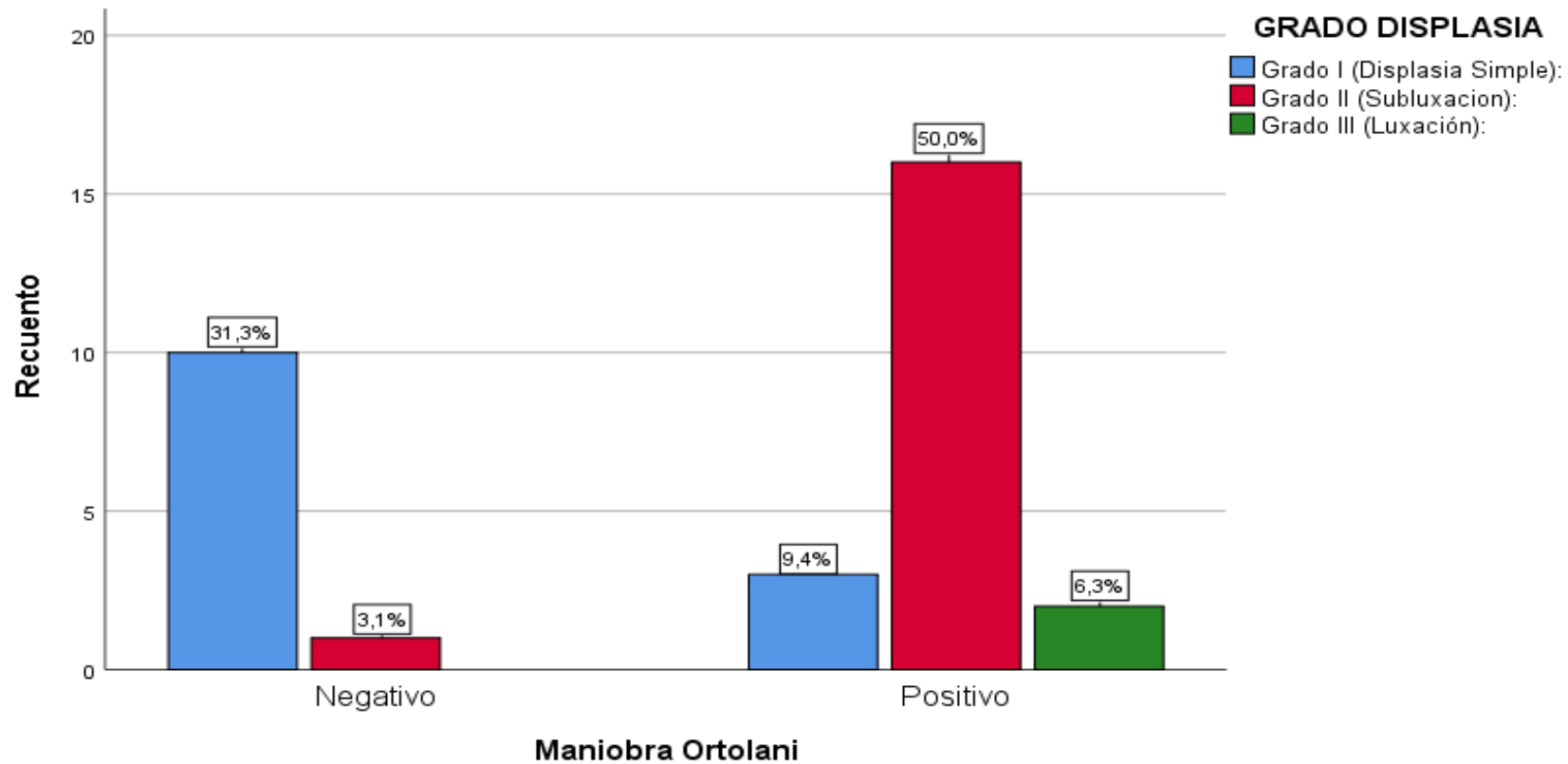
$$P = 0,000$$

Prueba 0 **significativa**

$$X^2_{tab} = 5,992$$

$$G I = 2$$

FIGURA 8. Maniobra de Ortolani relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 8.



La valoración de los indicadores clínicos vinculados a la displasia de cadera en lactantes menores de un año. es el tema de la tercera propuesta concreta del Centro de Salud Guadalupe 2024.

Seguidamente se exponen los signos clínicos de la maniobra de Ortolani en los 32 menores diagnosticados con displasia de cadera en el Centro de Salud Guadalupe en 2024: Tabla 8 y Figura 8. Se demostró que el método estaba presente en el 65,6 % de estos jóvenes, mientras que solo el 34,4 % no lo presentaba.

La maniobra de Ortolani dio positivo en el 65,6 % de los casos que afectaban a individuos jóvenes, lo que indicaba displasia de cadera. Se realizaron los siguientes diagnósticos a los niños: subluxación de cadera de grado II en el 50 %, displasia de cadera simple de grado I en el 9 % y luxación de cadera de grado III en el 6 %. Se detectó displasia de cadera simple de grado I en el 34,4 % de los niños con una maniobra de Ortolani negativa, mientras que se detectó subluxación de cadera de grado II en el 3,1 %.

Se obtuvo un valor estadísticamente significativo de $X^2_{cal}=17,598$, superior a $X^2_{tab}=5,992$ con 2 grados de libertad, $p=0,000$, utilizando la prueba estadística para comprobar hipótesis, X^2 , con un error del 5 % y una aceptación del 95 %. A partir de estos datos, podemos afirmar con seguridad que la técnica de Ortolani está asociada a la displasia de cadera en 2024 en lactantes menores de un año atendidos en el Centro de Salud Guadalupe.

Estudios recientes han demostrado que el signo de Ortolani, una de las pruebas clínicas más populares, dio resultados positivos en más del 65 % de los participantes. Panchi et al. (20) Muchos estudios, como este, han demostrado que los métodos de detección son útiles para el diagnóstico precoz de la displasia de cadera. Sin



embargo, en los casos en los que no hay factores de riesgo, sigue siendo necesario realizar un examen clínico para obtener un diagnóstico.

Investigaciones posteriores de Malaver (29) descubrieron que, en el 21,7 % de los casos, la maniobra de Ortolani era capaz de detectar la asimetría del pliegue del muslo.

Según otro estudio publicado en La Revolución-Juliaca por Gutiérrez (32), la técnica de Ortolani-Barlow es una herramienta útil para diagnosticar la displasia de cadera en los jóvenes. Un total del 81,42 % de los niños de este ensayo dieron positivo en la enfermedad.

.

TABLA 9. Factores clínicos por maniobra de barlow relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Maniobra de Barlow | Displasia de cadera | | | | | | | |
|--------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| Negativo | 6 | 18,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 18,7 |
| Positivo | 7 | 21,9 | 17 | 53,1 | 2 | 6,3 | 26 | 81,3 |
| Total: | 13 | 40,6 | 17 | 53,1 | 2 | 6.3 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal} = 10,793$

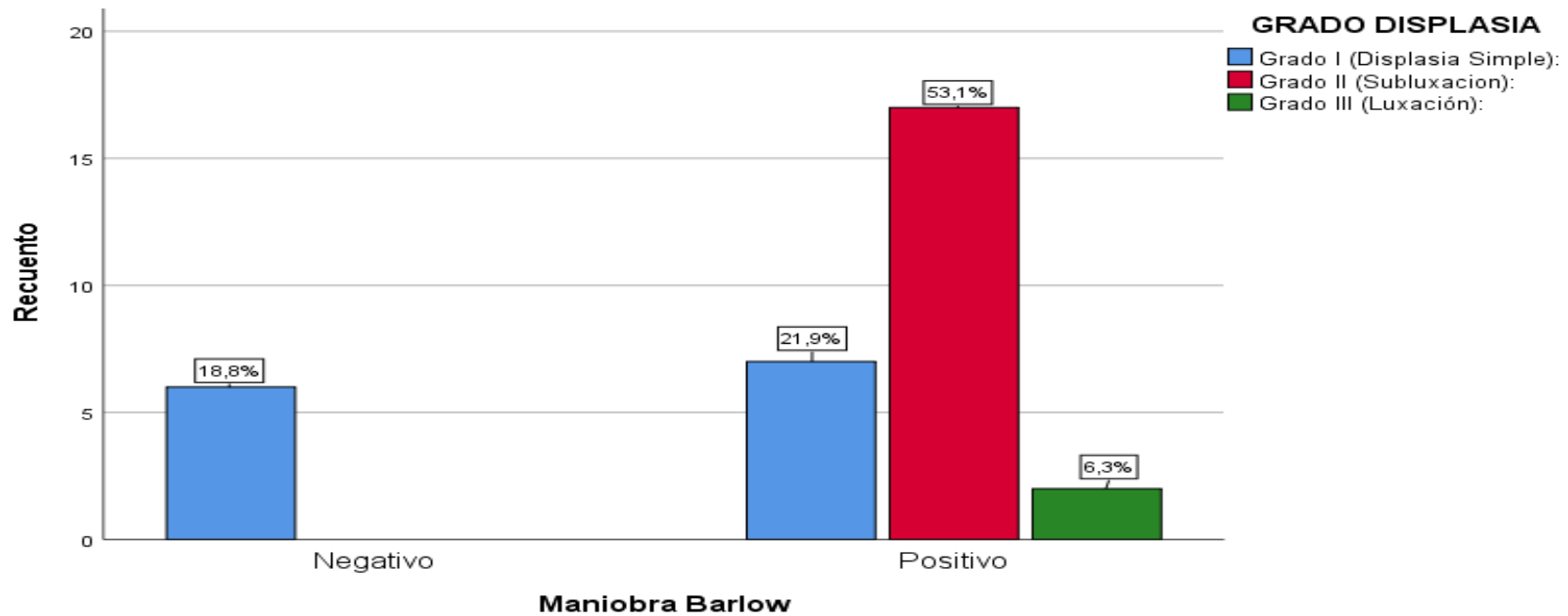
$P = 0,005$

Prueba **significativa**

$X^2_{tab} = 5,992$

$Gl = 2$

FIGURA 9. Maniobra de barlow relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 9.



La figura 9 y la tabla 9 De los 32 bebés diagnosticados con displasia de cadera en el CS Guadalupe en 2024, se registraron los factores clínicos relacionados con la maniobra de Barlow. Hagan públicas estas cualidades. Aproximadamente el 81,3 % de estos jóvenes tuvieron resultados positivos y el 18,8 % tuvieron resultados desfavorables.

Se diagnosticó displasia de cadera en el 81,3 % de los niños que dieron positivo en la maniobra de Barlow.. En estos niños se observaron las siguientes displasias de cadera: subluxación de grado II en el 53,1 %, simple de grado I en el 21,9 % y luxación de grado III en el 6,3 %. No se observó ninguna displasia de cadera simple de grado I en el 18,8 % de los niños cuya maniobra de Barlow dio negativo.

Encontramos un $X^2_{cal}=10,793$ estadísticamente significativo, mayor que $X^2_{tab}=5,992$ con 2 grados de libertad, $p=0,005$, utilizando la prueba X^2 con un error del 5 % y una aceptación del 95 %. Como resultado, podemos afirmar con seguridad que la técnica de Barlow está asociada con la displasia de cadera en los 2024 lactantes menores de un año atendidos en el Centro de Salud Guadalupe.

A pesar de la prevalencia de displasia de grado I y II, la maniobra de Barlow tuvo éxito en el tratamiento de más del 80 % de los participantes en el estudio.

Investigaciones como las realizadas por Malaver (29) Las características clínicas y los datos radiológicos permitieron a Cajamarca determinar que la maniobra de Barlow tuvo éxito en el 21,6 % de los casos.



TABLA 10. Factores clínicos limitación en la abducción relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Limitación en la abducción | Displasia de cadera | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| Negativo | 8 | 25,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 25,0 |
| Positivo | 5 | 15,6 | 17 | 53,1 | 2 | 6,3 | 24 | 75,0 |
| Total: | 13 | 40,6 | 17 | 53,1 | 2 | 6,3 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 15,590$

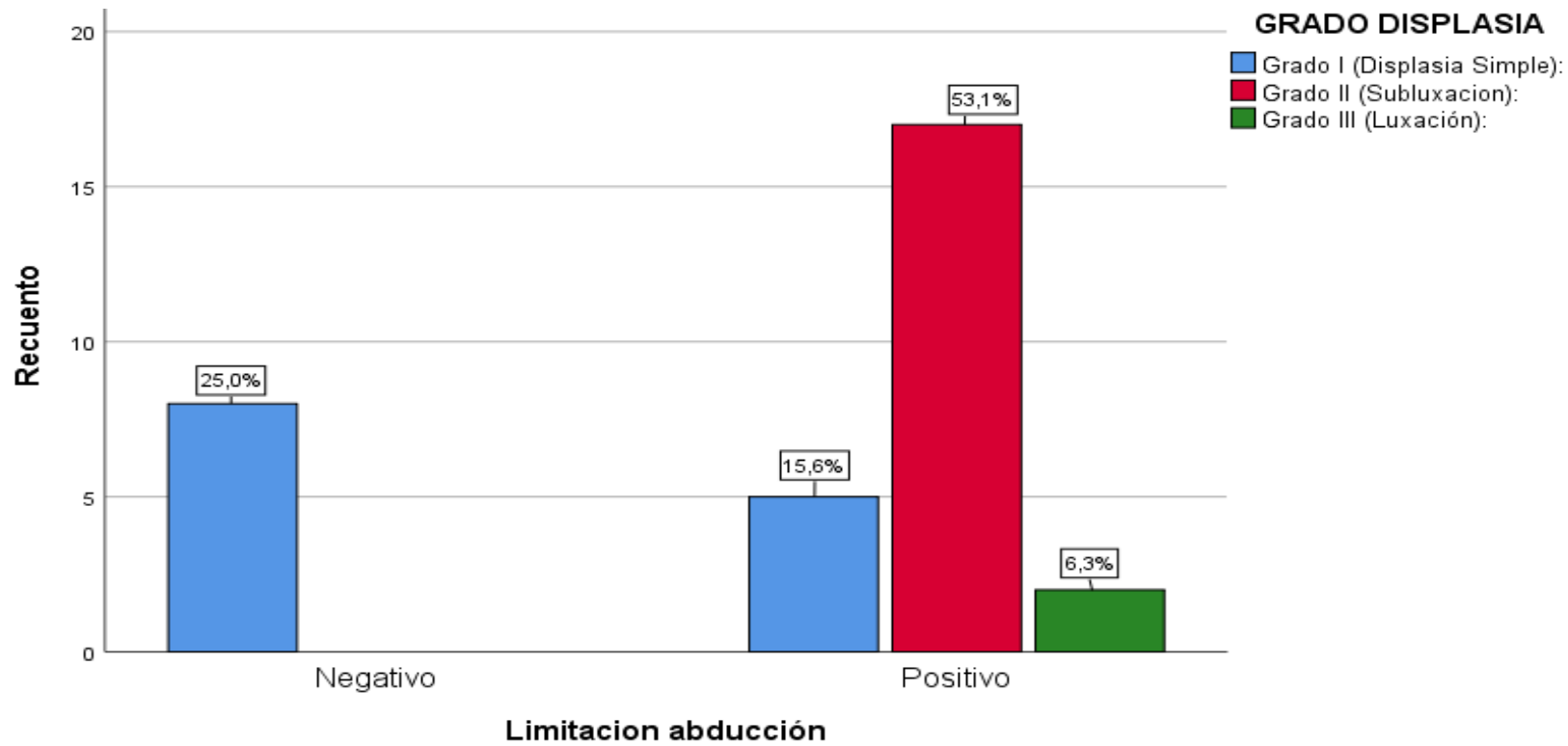
$P=0,000$

Prueba **significativa**

$X^2_{tab}=5,992$

$Gf=2$

FIGURA 10. Limitación de la abducción relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 10.

Mientras que el 25 % de los menores diagnosticados con displasia de cadera en el CS Guadalupe en 2024 resultaron negativos, mientras que el 75 % presentó resultado positivo. La restricción en la abducción se ilustra en la figura 10 y se detalla en el texto. en su conjunto.

El 75 % de los niños con pruebas positivas de limitación de la abducción tenían displasia de cadera; en cuanto al grado, el 53,1 % tenía subluxación de cadera, el 15,6 % tenía displasia simple y el 6,3 % tenía luxación. La displasia de cadera simple de grado I afectaba al 25,0 % de los niños sin limitación de la abducción.

En el Centro de Salud Guadalupe, en 2024, confirmamos que la abducción restringida se relaciona con la displasia de cadera en menores de un año, al obtener un $X^2_{cal}=15,590$ superior a $X^2_{tab}=5,992$ con 2 grados de libertad, $p=0,000$, lo cual es estadísticamente significativo. Las hipótesis X^2 se comprobaron mediante la prueba estadística, que arrojó una tasa de aceptación del 90 % y una tasa de error del 5 %. Todos los pacientes con casos con displasia de cadera incluidos en este estudio mostraban una restricción en el rango de movimiento de abducción, y la mayoría de ellos tenían una deformidad de grado II.

Según la investigación de Sarango (30), Se observó una correlación entre la intervención temprana en casos sospechosos de displasia de cadera en bebés menores de 36 meses y el 6 % de los casos que presentaban asimetría y abducción limitada, y con restricción de la abducción en el 8 % de los casos en general.

Según Malaver (29), se observó limitación de la abducción en el 45 % de los casos y desigualdad en los pliegues del muslo en el 51,7 % de los pacientes.

TABLA 11. Factores clínicos por signo de galeazzi relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Signo de Galeazzi | Displasia de cadera | | | | | | | |
|-------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| Negativo | 11 | 34,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 34,4 |
| Positivo | 2 | 6,3 | 17 | 53,1 | 2 | 6,3 | 21 | 65,6 |
| Total: | 13 | 40,6 | 17 | 53,1 | 2 | 6.3 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal}= 24,498$$

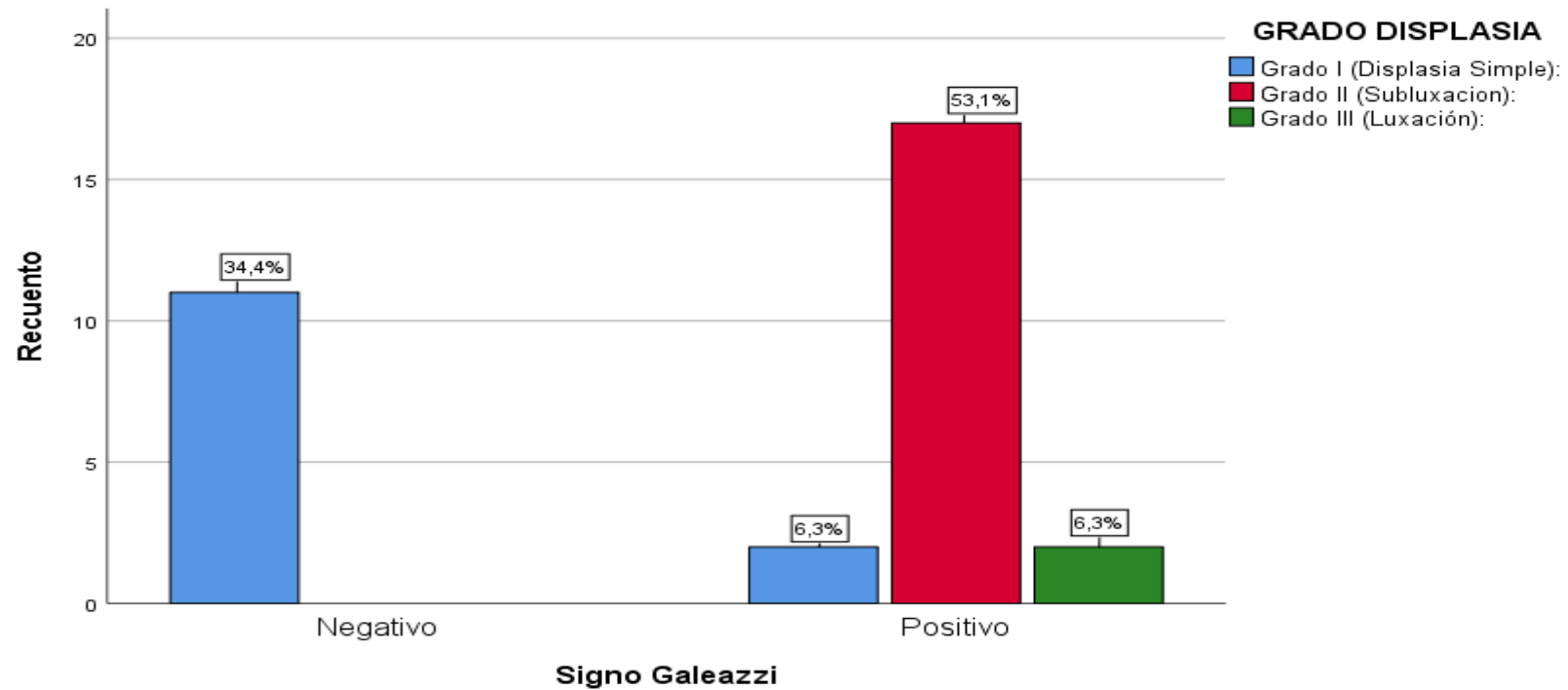
$$P=0,000$$

Prueba **significativa**

$$X^2_{tab}=5,992$$

$$Gl=2$$

FIGURA 11. Signo de galeazzi relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024



Fuente: Tabla 11.



En 2024 se detectó displasia de cadera en 32 niños en el CS Guadalupe. En estos niños, la presencia del signo de Galeazzi se relacionó con ciertas características clínicas, que se detallan en la tabla 11 y la figura 11. El signo de Galeazzi se presentó de forma positiva en el 65,6 % de los casos y negativa en el 34,4 %

Entre los niños que dieron positivo en el signo de Galeazzi, se observó displasia de cadera en el 65,6 % de los casos. Se observó subluxación de cadera de grado II en el 53,1 % de los niños, displasia de cadera simple de grado I en el 6,3 % y luxación de cadera de grado III en el 6,3 %. El porcentaje de niños con displasia simple de cadera de grado I, definida como una maniobra de Ortolani negativa, fue del 34,4 %. Se empleó la prueba estadística Chi-cuadrado (X^2) para contrastar la hipótesis, tomando en cuenta un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %. Los hallazgos evidenciaron que, con un valor de 24,498, el valor X^2_{cal} superaba el valor X^2_{tab} de 5,992. Había dos grados de libertad, un valor p de 0,000 y una significación estadística de 0,000 en el Centro de Salud Guadalupe en 2024. Así, se pudo verificar que, en bebés menores de doce meses, el signo de Galeazzi se encuentra asociado con la displasia de cadera.

Los jóvenes incluidos en este estudio eran todos aquellos que presentaban un signo de Galeazzi positivo y un diagnóstico de displasia de cadera.

Según Malaver (29), se encontraron síntomas clínicos y pruebas radiológicas que confirmaban la aparición de displasia de cadera en el 1,7 % de los casos. Dado que el signo de Galeazzi no se utiliza a menudo para confirmar el diagnóstico, esto cobra aún más importancia.

.

TABLA 12. Factores clínicos por ecografía funcional de caderas relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Ecografía funcional de caderas | Displasia de cadera | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|------|-------------|------|-----------|-----|-----------|-------|
| | Grado I Displasia | | Grado II | | Grado III | | Total | |
| | simple | | Subluxación | | Luxación | | | |
| | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % | <i>fi</i> | % |
| No se realizo | 9 | 28,1 | 4 | 12,5 | 0 | 0 | 13 | 40,6 |
| Se realizo ecografía | 4 | 12,5 | 13 | 40,6 | 2 | 6,3 | 19 | 59,4 |
| Total: | 13 | 40,6 | 17 | 53,1 | 2 | 6.3 | 32 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal} = 7,838$$

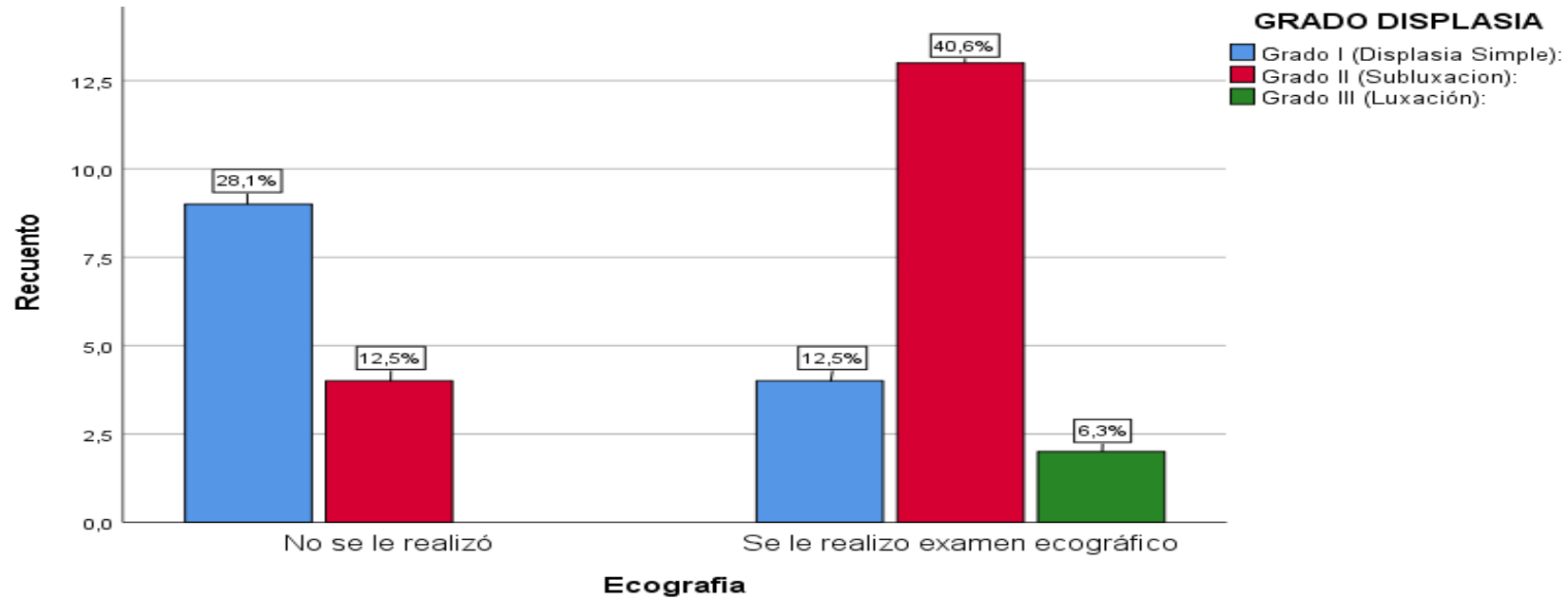
$$P = 0,020$$

Prueba **significativa**

$$X^2_{tab} = 5,992$$

$$Gf = 2$$

FIGURA 12. Examen de ecografía relacionado con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024.



Fuente: Tabla 12.



En CS. Guadalupe, se detectó displasia de cadera en 32 niños en 2024. Se realizó una ecografía funcional de cadera al 59,4 % de estos niños, mientras que al 40,6 % no se le realizó. Puede ver los parámetros clínicos relacionados con la realización de la ecografía en la tabla 12 y la figura 12.

La ecografía funcional de cadera reveló displasia de cadera en el 59,4 % de los niños examinados. Se observó subluxación de cadera de grado II en el 40,6 % de los niños, displasia simple de cadera de grado I en el 12,5 % y luxación de cadera de grado III en el 6,3 %. Se observó displasia simple de cadera de grado I en el 46 % de los niños sin ecografía funcional de cadera y subluxación de cadera de grado II en el 12,5 %.

Tras aplicar la prueba X^2 a hipótesis con un error del 5 % y una aceptación del 95 %, se observó que $X^2_{cal}=7,838$ fue superior al valor crítico $X^2_{tab} = 5,992$, con 2 grados de libertad y $p = 0,020$, lo que evidencia una diferencia estadísticamente significativa.

De acuerdo con nuestro análisis de la información recogida en 2024 en el Centro de Salud Guadalupe, la ecografía funcional de cadera mostró una asociación con la displasia de cadera en lactantes menores de 12 meses.

Esta investigación reveló que los rayos X se emplean como herramienta de diagnóstico en más del 60 % de los casos.

Según numerosos estudios, este método ha demostrado ser el más eficaz para detectar la enfermedad de DDC en Sarango. De las treinta indicaciones radiológicas que dieron positivo, el 69,2 % se basó en ellos, y el 38,5 % de esos Algunos casos presentaban arcos de Shenton discontinuos. En el 23,1 % de los casos se detectaron anomalías del tubo neural, en el 15,5 % de los casos se detectaron anomalías geométricas y en el 7,3 % de los casos no se detectaron anomalías. El ángulo acetabular medio fue de 32 grados y se detectó la continuidad del arco de Shenton en el 7,3 % de los casos. Estos detalles se revelaron en los casos.



En un estudio independiente, Malaver (20) descubrió que, al observar las radiografías, los indicadores radiológicos mostraban que solo el 31 % de los pacientes presentó un ángulo acetabular superior a 30° , el 12,7 % mostró un núcleo de osificación fuera del cuadrante inferomedial y el 78,2 % presentó una línea de Shenton discontinua. Los resultados de la investigación constituyeron la base de estas conclusiones.



TABLA 13. Displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el centro de salud Guadalupe 2024

| Grado de displasia de cadera | <i>fi</i> | % |
|------------------------------|-----------|--------|
| Grado I: Displasia simple | 13 | 40,6 |
| Grado II. Subluxación | 17 | 53,1 |
| Grado III. Luxación | 2 | 6,3 |
| Total: | 32 | 100.00 |

Fuente: Ficha de recolección de datos



El cuarto objetivo específico planteado requiere que el Centro de Salud Guadalupe realice una valoración de la prevalencia de displasia de cadera en lactantes menores de un año.

La tabla 13 muestra que la subluxación de grado II de la displasia de cadera afectaba al 53,1 % de los 32 niños cuyos registros se incluyeron en la investigación, la displasia de cadera de grado I afectaba al 40,1 % y la luxación de cadera de grado III afectaba al 6,3 %.

Según esta investigación, los casos de displasia de cadera con subluxación de grado II fueron los más comunes.

Mi investigación reveló que el 38,5 % de los casos presentaban líneas el 23,1 % presentaba líneas de Shenton interrumpidas, el 23,1 % mostraba núcleos de osificación asimétricos, el 15,4 % exhibía núcleos de osificación simétricos y el 7,7 % registraba un ángulo acetabular de 32° , sin núcleos de osificación y con arcos de Shenton continuos. Obtuvimos estas cifras de Sarango (30).

Uno que no está domesticado. En total, hay 29. Había un ángulo acetabular en el 31 % de los sujetos superior a 30° , el 12,7 % de los pacientes no presentaban un núcleo de osificación encerrado en el cuadrante inferomedial, y el 78,2 % de los pacientes presentaban una línea de Shenton discontinua en el 13,3 % de los casos II D y en el 6,7 % de los casos IA. A partir de los datos radiológicos, se extrajeron estas conclusiones. Las radiografías que mostraban una discontinuidad de la línea de Shenton eran más frecuentes en el 51,7 % de los casos (o el 78,2 % de todos los casos), según el estudio.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.** Se estableció que, en el Centro de Salud Guadalupe Juliaca 2024, los factores de riesgo vinculados a la displasia de cadera en infantes menores de un año comprenden el historial médico materno y la edad del lactante. Dado un umbral de significación de $p < 0,05$ y la X^2 de Pearson, la hipótesis general puede aceptarse parcialmente. Los indicadores de la dimensión de aspectos personales no mostraron significación estadística, lo que explica este resultado.
- SEGUNDA.** Se determinó que el 65,6 % de los bebés menores de seis meses presentaban factores personales identificables, el 53,1 % de los pacientes eran mujeres y el 37,5 % no tenían historial familiar documentado de displasia de cadera. Los pacientes del Centro de Salud Guadalupe menores de un año que padecen displasia de cadera no comparten estas características, tal como se evidencia en los indicadores X^2 de Pearson con valores p superiores a 0,05. Se demostró que esa hipótesis específica era incorrecta.
- TERCERA.** Se precisó que los factores maternos e infantiles estaban documentados en el 78,1 % de los casos de presentación podálica ($P = 0,001$), el 53,1 % de las madres primerizas ($P = 0,014$) y el 53,1 % de los recién nacidos con un peso mayor a 3 500 gramos. En el Centro de Salud Guadalupe, durante el año 2024, la displasia de cadera en lactantes menores de un año ha mostrado una vinculación con este factor. La hipótesis 2 se valida mediante la prueba estadística Chi-cuadrado (X^2), puesto que el nivel de significancia es $P < 0,05$.



CUARTA. Se determinó que entre los factores clínicos examinados, el 65,6 % presentó una maniobra de Ortolani positiva ($P = 0,005$), el 81,3 % una maniobra de Barlow positiva ($P = 0,000$), el 75,0 % limitación funcional plus, el 65,6 % un signo de Galeazzi positivo ($P = 0,000$) y el 59,4 % una ecografía funcional de cadera ($P = 0,020$), vinculados con la displasia de cadera en menores de un año en el Centro de Salud Guadalupe 2024, tal como se evidencia en los resultados de la prueba Chi-cuadrado (X^2), cuyos valores p fueron menores de 0,05, respaldando la hipótesis específica 3.

QUINTA. Se estableció que, en 2024 el Centro de Salud Guadalupe analizó la severidad de la displasia de cadera en los menores, encontrando que el 53,1 % de los lactantes menores de un año presentaban subluxación coxofemoral de grado II, el 40,1 % displasia de cadera de grado I y el 6,3 % luxación de cadera de grado III.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA.** Al señor director del Centro de Salud Guadalupe, se le recomienda asegurarse de que todo el personal que trabaja allí preste un servicio excelente y atento desde el principio. Asimismo, todos los servicios dirigidos a las gestantes, empezando por las primeras revisiones, deben complementarse entre sí para lograr este objetivo.
- SEGUNDA.** Al jefe de las clínicas ambulatorias, se le recomienda orientar al equipo médico desde la primera revisión neonatal para garantizar una atención integral a todos los niños. Esta atención debe comenzar con la identificación de signos y síntomas para facilitar un diagnóstico rápido y preciso en el proceso de descartar y confirmar la displasia de cadera u otras afecciones.
- TERCERA.** Al galeno de consulta externa realizar una valoración integral de todos los antecedentes maternos y del niño que permitan identificar los riesgos y oportunamente confirmar el diagnóstico para un tratamiento oportuno frente a los grados de displasia a nivel de caderas en los menores del Centro de Salud y la jurisdicción.
- CUARTA.** Al equipo sanitario encargado de la atención integral, se le recomienda informar sin demora cualquier caso sospechoso de displasia de cadera en niños basándose en los indicadores clínicos y la exploración física, para que se pueda descartar o confirmar la afección.
- QUINTA.** Al jefe de atención ambulatoria y al personal de enfermería a cargo del estado de desarrollo del niño, se les recomienda cumplir la importante tarea de ayudar a la madre con los chequeos y asegurarse de que el niño diagnosticado con displasia siga todos sus planes de tratamiento.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Guía de práctica clínica de displasia del desarrollo de la cadera. Ministerio de salud; 2018.
2. MINSA. Nota de prensa. 1 de cada 20 neonatos en el Perú presentan displasia del desarrollo de la cadera. Disponible en Portal del 1 de agosto de 2022 - 2:34 p. m: <https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/noticias/636630-1-de-cada-20-neonatos-en-el-peru-presentan-displasia-del-desarrollo-de-la-cadera>
3. Osorio-García JJ, Mendieta-Alcántara GG, Osorio-García JJ, Mendieta Alcántara GG. Medición radiográfica del ángulo acetabular para el diagnóstico temprano de la displasia del desarrollo de la cadera. Acta ortopédica mexicana. octubre de 2018;32(5):274-8.
4. Blankespoor M, Ferrell K, Reuter A, Reuter S. Developmental dysplasia of the hip in infants - A review for providers. S D Med [en línea]. 2020 [citado 5 Jul 2022]; 73(5):223-227. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32579803/>
5. Quiroga-Vilchis L E, González-Gómez M, Vanegas-García D R. Epidemiología de la displasia del desarrollo de cadera en el estado de México. Arch Inv Mat Inf. 2019 [citado 5 Jul 2022]; 10(2):50-59. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/93505>
6. Raimann R, Aguirre D. Displasia del desarrollo de la cadera: tamizaje y manejo en el lactante. Rev. méd. Clín. Las Condes [en línea]. 2021 [citado 8 Jun 2022]; 32(2):263-270. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000511>



7. Moller F, Cañete I, Vidal C, Figueroa MJ, Navarro R, Ibáñez A, et al. Edad de inicio del tratamiento de la displasia de caderas con correas de Pavlik y displasia residual. *Andes pediátrica*. octubre de 2022;93(5):624-9.
8. Requeiro JJ, Machado AM, Alonso Leiva L, Paz O, Conde Bermúdez P, Pardiñas LK, et al. Plantilla para medir la cadera con desarrollo displásico en el lactante. *MediSur*. agosto de 2022;20(4):780-98.
9. Recomendaciones en la pesquisa y diagnóstico de la displasia del desarrollo de las caderas. *Arch Argent Pediat*. 2021;119(4). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n4a37s.pdf>
10. Unaicho GSV, Navas LMC, Nicolalde DXC, Li MSY. Displasia del desarrollo de la cadera. *RECIMUNDO*. 9 de junio de 2022;6(3):12-21.
11. Rivera Chullo ME. Relación entre displasia del desarrollo de cadera y disimetría de miembros inferiores en infantes de la Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2021. Arequipa: Universidad Continental; Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12010/2/IV_FCS_507_TE_Rivera_Chullo_2022.pdf
12. Aquino, J.C. Displasia de caderas afecta a cinco de cada cien bebés en Arequipa. 2015. *La República*. Recuperado de <https://larepublica.pe/archivo/869628-displasia-de-caderas-afecta-a-cinco-de-cada-cien-bebes-en-arequipa>
13. Displasia de caderas afecta a cinco de cada cien bebés en Arequipa. (13 de abril de 2015). *La República*. Recuperado de <https://larepublica.pe/archivo/869628-displasia-de-caderas-afecta-a-cinco-de-cada-cien-bebes-en-arequipa>.
14. Sentamans-Segarra S, Pino-Almero L, Mínguez-Rey M F. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de la displasia de desarrollo de cadera. Nuestra experiencia y resultados en 36 pacientes pediátricos. *Rev Rol enferm* [en línea].



- 2018 [citado 5 Jul 2022]; 41(1):44-55. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc_170073
15. Brenes M, Flores A, Meza A. Actualización en displasia del desarrollo de la cadera. Rev Med Sinerg. [en línea]. 2020 [citado 5 Jul 2022]; 5(9): e574. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/574>
16. Simionescu A, Cirstoiu M, Cirstoiu C. Evidencia actual sobre la displasia del desarrollo de la cadera en el embarazo. M D PI [en línea]. 2021 [citado 7 Jul 2022]; 57 (7):655. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34206824/>
17. Dunn P M, Scott-Jupp R. Diagnosis and management of neonatal hip dysplasia: a brief history. Arch Dis Child [en línea]. 2021 [citado 5 Jul 2022]; 106(12): 1229-1230. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2020-321138>
18. Li J, Zhao B, Ji H, Ding W. Application value of combined diagnosis of ultrasound, MRI, and x-ray in developmental dysplasia of the hip in children. Contrast Media Mol Imaging [en línea]. 2022 Ene [citado 7 Jul 2022];2022:1632590. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2022/1632590>
19. Luxación congénita de cadera - Medigraphic por VMA Bahena 2018 medigraphic
20. Panchi JM, et al. Actualización en el manejo de la displasia congénita de cadera. Ecuador. En enero a junio del 2024. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9709693>
21. Cerrato AM. Epidemiología y programas de tamizaje de displasia del desarrollo de cadera: revisión de literatura 2023. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/8d918853-6340-4fa8-9eee-fb11b7a49e90>
22. Agreda A. Vigilancia epidemiológica de displasia de cadera en desarrollo diagnosticada por radiografía simple en menores de 6 a 24 meses del Hospital



Clarita Santos de Sandoná en el año 2022.

<https://repositorio.umariana.edu.co/handle/20.500.14112/28343#page=1>

23. Verdezoto GE, Córdor LM, Chimbo DX, Yip MS. Displasia del desarrollo de la cadera. RECIMUNDO; Editorial Saberes del Conocimiento, 2022 DOI: 10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.12-21 URL:

<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1640>

24. Durán-Calle JJ., Crispin-Nina D, Guizada-Montaña JN. Correlación de displasia de cadera con factores de riesgo - hospital municipal Achacachi. Cuad. - Hosp. Clín. [Internet]. 2021 Dic [citado 2024 Mar 02]; 62(2): 26-34. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762021000200004&Ing=es

25. Calizaya LA. Diagnóstico radiográfico y manejo en pacientes de 2 a 12 meses con displasia del desarrollo de cadera en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020 – 2023. Disponible en:

file:///C:/Users/User/Downloads/2025_calizaya_rivera_la_medicina.pdf

26. Casas J. Hallazgos radiográficos de la displasia de cadera congénita en lactantes menores en el Policlínico Sedimedic - Lima, 2022. Disponible en:

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/7435>

27. Rivera M. Relación entre displasia del desarrollo de cadera y dismetría de miembros inferiores en infantes de la Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2021., Universidad Continental, Arequipa, Perú. Disponible:

<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12010>

28. Eulogio 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 a 2019 disponible:

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_0da38f928fd8a9e4498219bc5ce9dc2f

29. Malaver LM. Características clínicas y hallazgos radiológicos en pacientes menores de un año de edad con displasia del desarrollo de cadera en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2019.

<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4843>

30. Sarango B. Atención oportuna a niños < 36 meses con presunción de displasia de cadera en desarrollo que acuden al servicio de rayos X, Policlínico Chincha 2019. Disponible en:

<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3975/SARANGO%20JULCA%20BETTY%20-%20%20MAESTR%C3%8DA.pdf?sequence=1>

31. Valdivia T y Flores W. Incidencia y factores de riesgo en displasia de cadera en menores de un año del Hospital II-2, Macusani, 2022. Universidad Continental, Juliaca, Perú. Disponible en:

<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/16451>

32. Gutiérrez R. Factores de riesgos relacionados con la displasia de cadera en niños de 03 meses a 1 año en el Centro de Salud la Revolución - Juliaca 2023.

Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/items/37b2de6e-ad03-416c-bdfa-491d776ef946>

33. Manzaneda KL. Factores predisponentes asociados a la displasia congénita de cadera y tratamiento médico en lactantes menores de doce meses, en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, desde enero 2020 a diciembre del 2023. Disponible



- en:<https://www.proquest.com/openview/d1fdea6ac08267a68e1309fbb47a71a9/1?cbl=2026366&diss=y&pq-origsite=gscholar>
34. Moya BX. Factores asociados a displasia del desarrollo de cadera en menores de 1 año atendidos en el Hospital EsSalud III Juliaca, 2019. Disponible: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/1609844>
 35. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de displasia de cadera. Disponible en: <https://www.google.com/>
 36. Santos K. Displasia de cadera en desarrollo incidencia y factores de riesgo en recién nacidos: Hospitales Mario Rivas y Leonardo Martínez [tesis de Maestría en línea]. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula, Postgrado de Pediatría; 2019 [citado 5 Jul 2022]. <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS88/html/TMVS88.html>
 37. Yang S, Zusman N, Lieberman E, Goldstein R. Developmental dysplasia of the hip. Pediatrics [en línea]. 2019 [citado 5 Jul 2022]; 143(1):e20181147. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1147>
 38. Lamback E B, Chiarini S, Roposch A, Dattani M T. Congenital growth hormone deficiency associated with hip dysplasia and Legg-Calve-Perthes disease. Clin Endocrinol [en línea] 2021 [citado 5 Jul 2022]; 94(4):590-597. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33147364/>
 39. Reidy M, Collins C, MacLean J G B, Campbell D. Examining the effectiveness of examination at 6-8 weeks for developmental dysplasia: testing the safety net. Arch Dis Child [en línea]. 2019 [citado 5 Jul 2022]; 104:953-955. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2018-316520>
 40. Hu B, Sang L, Gao D, Wu Y, Zhang H, Luo D. Patella alignment abnormality in patients with developmental dysplasia of the hip. J Orthop Surg [en línea]. 2019



Ago [citado 5 Jul 2022]; <https://doi.org/10.1177/2309499019854039> 27(2):1-7.

Disponible en:

41. Husum H C, Ghaffari A, Ryttoft L A, Svendsson J, Harving S, Kold S, et al. Positive predictive values in clinical screening for developmental dysplasia of the hip. *Acta Paediatr* [en línea]. 2021 [citado 5 Jul 2022]; 10(8):2430-2434. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1111/apa.15896>
42. Custovic S, Sadic S, Vujadinovic A, Hrustic A, Jasarevic M, Custovic A, et al. The predictive value of the clinical sign of limited hip abduction for developmental dysplasia of the hip (DDH). *Med Glas (Zenica)* [en línea]. 2018 [citado 5 Jul 2022]; 15(2):174-178. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.17392/954-18>
43. Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Cribado de la displasia evolutiva de cadera. En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS* [en línea]. Actualizado octubre de 2006. [consultado 21 de marzo de 2023]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Cadera.htm>
44. Swarup I, Penny C L, Dodwell ER. Developmental dysplasia of the hip: an update on diagnosis and management from birth to 6 months. *Cur Opin Pediatr* [en línea]. 2018 [citado 5 Jul 2022]; 30(1):84-92. <https://dx.doi.org/10.1097/MOP.0000000000000574>
45. Kang M S, Han G W, Kam M, Park S S. Clinical significance of asymmetric skin folds in the medial thigh for the infantile screening of developmental dysplasia of the hip. *Pediatr Neonatol* [en línea]. 2019 [citado 5 de julio de 2022]; 60(5):570-576. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pedneo.2019.02.004>
46. Li Q, Zhong L, Huang H, Liu H, Qin Y, Wang Y, et al. Auxiliary diagnosis of developmental dysplasia of the hip by automated detection of Sharp's angle on



standardized anteroposterior pelvic radiographs. Med [en línea]. 2019 [citado 5 julio 2022]; 98(52): e18500. <https://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000018500>

47. Quader N, Schaeffer E K, Hodgson A J, Abugharbieh R, Mulpuri K. A Systematic review and meta-analysis on the reproducibility of ultrasound-based Metrics for assessing developmental Dysplasia of the Hip. J Pediatr Orthop [en línea]. 2018 [citado 5 Jul 2022];38(6):e305-e311. en:<https://dx.doi.org/10.1097/BPO.0000000000001179>.



ANEXOS



ANEXO 01: MATRIZ DE DATOS

BASE DATOS DISPLASIA CS.GUADALUPE 32.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Volver a hacer una acción del usuario

| | Edad | Sexo | Antecedentes | Partopresent | Parto esare | Prim eriza | PesoRN | Ortololani | Barlow | Limitacio nabd | Galeazzi | Econgrafi a | DISPLASI A |
|----|---------------|-----------|--------------|--------------|-------------|------------|---------------|------------|----------|----------------|----------|-----------------|-----------------|
| 1 | 8 meses | Femenino | Ninguno | Cefálica | Sí | No | 2500 a 350... | Negativo | Positivo | Negativo | Negativo | Se le realiz... | Grado I (Di... |
| 2 | 8 meses | Masculino | Hermanos | Podálica | No | Sí | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 3 | 7 meses | Femenino | Madre | Cefálica | No | No | 2500 a 350... | Negativo | Positivo | Negativo | Positivo | No se le re... | Grado I (Di... |
| 4 | 7 meses | Femenino | Ninguno | Podálica | Sí | No | Mayor a 3,... | Negativo | Positivo | Negativo | Negativo | Se le realiz... | Grado I (Di... |
| 5 | 7 meses | Femenino | Madre | Podálica | No | Sí | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 6 | 7 meses | Femenino | Hermanos | Podálica | Sí | No | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 7 | Menor a 6 ... | Masculino | Ninguno | Podálica | Sí | No | Mayor a 3,... | Negativo | Negativo | Negativo | Negativo | Se le realiz... | Grado I (Di... |
| 8 | Menor a 6 ... | Femenino | Madre | Podálica | No | Sí | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 9 | Menor a 6 ... | Masculino | Ninguno | Podálica | Sí | Sí | 2500 a 350... | Positivo | Negativo | Positivo | Negativo | Se le realiz... | Grado I (Di... |
| 10 | Menor a 6 ... | Femenino | Ninguno | Cefálica | No | No | 2500 a 350... | Negativo | Positivo | Negativo | Negativo | No se le re... | Grado I (Di... |
| 11 | Menor a 6 ... | Masculino | Madre | Podálica | Sí | No | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 12 | Menor a 6 ... | Masculino | Padre | Podálica | No | Sí | 2500 a 350... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 13 | Menor a 6 ... | Femenino | Hermanos | Podálica | Sí | Sí | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado III (L... |
| 14 | Menor a 6 ... | Masculino | Ninguno | Podálica | Sí | Sí | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | No se le re... | Grado II (S... |
| 15 | Menor a 6 ... | Femenino | Padre | Podálica | No | Sí | 2500 a 350... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | No se le re... | Grado II (S... |
| 16 | Menor a 6 ... | Masculino | Madre | Cefálica | No | No | 2500 a 350... | Negativo | Negativo | Positivo | Negativo | No se le re... | Grado I (Di... |
| 17 | Menor a 6 ... | Femenino | Ninguno | Podálica | No | Sí | Mayor a 3,... | Negativo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 18 | Menor a 6 ... | Masculino | Padre | Podálica | No | Sí | 2500 a 350... | Negativo | Positivo | Negativo | Negativo | No se le re... | Grado I (Di... |
| 19 | Menor a 6 ... | Femenino | Madre | Podálica | Sí | Sí | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 20 | Menor a 6 ... | Masculino | Padre | Cefálica | Sí | No | 2500 a 350... | Negativo | Negativo | Positivo | Negativo | No se le re... | Grado I (Di... |
| 21 | 8 meses | Femenino | Hermanos | Podálica | Sí | No | 2500 a 350... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 22 | Menor a 6 ... | Femenino | Madre | Podálica | No | No | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |



| | Edad | Sexo | Antecedentes | Partopresent | Parto esare | Prim eriza | PesoRN | Ortololani | Barlow | Limitacio nabd | Galeazzi | Econgrafi a | DISPLASI A |
|----|---------------|-----------|--------------|--------------|-------------|------------|---------------|------------|----------|----------------|----------|-----------------|-----------------|
| 23 | 7 meses | Masculino | Ninguno | Cefálica | No | No | 2500 a 350... | Positivo | Positivo | Negativo | Negativo | No se le re... | Grado I (Di... |
| 24 | Menor a 6 ... | Masculino | Ninguno | Podálica | No | Sí | 2500 a 350... | Negativo | Negativo | Negativo | Positivo | No se le re... | Grado I (Di... |
| 25 | 9 meses | Masculino | Hermanos | Cefálica | Sí | No | 2500 a 350... | Positivo | Negativo | Positivo | Negativo | No se le re... | Grado I (Di... |
| 26 | 9 meses | Masculino | Ninguno | Podálica | No | No | Mayor a 3,... | Negativo | Positivo | Positivo | Negativo | No se le re... | Grado I (Di... |
| 27 | Menor a 6 ... | Masculino | Madre | Podálica | Sí | No | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 28 | Menor a 6 ... | Femenino | Padre | Podálica | No | Sí | 2500 a 350... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |
| 29 | Menor a 6 ... | Femenino | Madre | Podálica | Sí | Sí | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado III (L... |
| 30 | Menor a 6 ... | Masculino | Madre | Podálica | Sí | Sí | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | No se le re... | Grado II (S... |
| 31 | Menor a 6 ... | Femenino | Ninguno | Podálica | No | Sí | 2500 a 350... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | No se le re... | Grado II (S... |
| 32 | 8 meses | Femenino | Ninguno | Podálica | No | Sí | Mayor a 3,... | Positivo | Positivo | Positivo | Positivo | Se le realiz... | Grado II (S... |



| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|---|--|
| <p>P2. ¿Cuales seran los atencedentes maternos y del niño relacionado con la displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe 2024</p> | <p>OE2. Precisar los antecedentes maternos y del niño y relacionado con el diagnostico de displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe 2024</p> | <p>HE2. los antecedentes maternos y del niño con displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe: Antecedentes de displasia en familia, parto en p´resentacion, partos por cesarea, hijo de madre primerizas, peso de recien nacido.</p> | | <p>1.2. Antecedentes Maternos y del niño</p> | <p>1.2.1. Antecedentes de displasia en familia 1.2.2. Parto segun presentacion 1.2.3. parto por cesarea 1.2.4. Hijo de madres primerizas 1.2.5. Peso del recien nacido</p> | <p>Hermanos Padre Madre Ninguno Cefaliaca Podalica Si No Si No Menor de 2500gr 2500 a 3500gr</p> | |
| <p>PE3. ¿Cuales seran los factores clinicos relacionado con el diagnostico de displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe 2024?</p> | <p>OE3. Evaluar los factores clinicos relacionado con la displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe 2024</p> | <p>HE3. Los antecedentes maternos y del niño que tienen relacion con la displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe 2024 son : Maniobra de Ortolani, maniobra de Barlow, Limitacion de la abduccion, signo de Galeazzi, Rayos X y</p> | | <p>1.3. Factores clinicos</p> | <p>1.3.1. Maniobra de Ortolani 1.3.2. Maniobra de barlow 1.3.3. PARTIR DE 1° MES: Limitacion de la abduccion 1.3.4. signo de Galeazzi 1.3.5. Ecografia funcional de cadera</p> | <p>Negativo positivo Negativo positivo Negativo positivo Negativo positivo No se la realizo Se le realizo examen ecografico</p> | |



| | | | | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| | | Ecografía funcional de cadera | | | | | |
| PE4. ¿Cual sera el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe 2024? | OE4. Valorar el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe 2024 | HE4. El grado de displasia de cadera en niños de menores de 12 meses en el Centro de Salud Guadalupe 2024 es predominate Grado I de displasia | VARIABLE 2. Displasia de cadera | | 2.1. Grado de displasia de cadera | Grado I Grado II Grado III | |



ANEXO 3. INSTRUMENTO

ANEXO 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO – NO CORRESPONDE

ANEXO . INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha: H.CI.

I. Factores de riesgo y clínicas

Factores personales

- 1. Edad del niño/niña
 - Menor a 6 meses
 - 7 meses
 - 8 meses
 - 9 meses
 - 10 meses
 - 11 meses

- 2. Sexo
 - Femenino
 - Masculino

Antecedentes maternos y del niño

- 3. Antecedentes de displasia en familia
 - Hermanos
 - Padre
 - madre
 - Ninguno
- 4. Parto segun presentación
 - Cefálica
 - Podálica
- 5. Partos por cesárea
 - Si
 - No
- 6. Hijo de madre primerizas
 - Si
 - No
- 7. Peso del recién nacido
 - Menor de 2500 grs
 - 2500 a 3,500 grs
 - Mayor a 3,501 grs

Factores clínicos

- 8. Maniobra de Ortolani
 - Negativo
 - Positivo
- 9. Maniobra de Barlow



- Negativo
 Positivo
10. PARTIR 1° MES: Limitación de la Abducción
 Negativo
 Positivo
11. Signo de Galeazzi
 Negativo
 Positivo
12. Ecografía funcional de caderas
 No se le realizó
 Se le realizo examen ecográfico

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Grado de displasia de cadera

- GRADO I (Displasia Simple): acetábulo poco desarrollado, pero con la cadera en su lugar.
- GRADO II (Subluxación): hipoplasia acetabular y subluxación de cadera.
- GRADO III (Luxación): Hipoplasia acetabular y cadera completamente luxad



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Carta N° 01-2025

Señor: DR. FRANZ HELMUTH GUTIEREZ VILCA
Director del centro de salud GUADALUPE

PRESENTE.

Atención: Oficina de estadística e informática

ASUNTO: SOLICITA AUTORIZACION PARA PODER REALIZAR INVESTIGACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE.

Es grato saludarlo cordialmente, solicitarle de manera muy especial para que pueda darme el acceso a su establecimiento de salud **CENTRO DE SALUD GUADALUPE**, para poder recabar información sobre algunos aspectos y Factores de riesgo y clínicas de niños con diagnóstico o sospecha de displasia de cadera menores de 12 meses, con el propósito fundamental para mi desarrollo profesional en mi carrera de MEDICINA HUMANA, me presento a su despacho para solicitarle su apoyo en la investigación titulada. **FACTORES DE RIESGO Y CLINICOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES, JULIACA 2025** la cual consistirá en realizar una evaluación a los pacientes que acuden a su CENTRO DE SALUD GUADALUPE, analizando sus diagnósticos y brindándoles recomendaciones y el soporte de ser el caso, así mismo se les solicitará la información, precisando que se guardará la confidencialidad de los datos obtenidos.

Sin otro particular me despido esperando su comprensión y apoyo con el desarrollo de la investigación.

Juliaca, 02 de JUNIO de 2025


.....
WILVERD CAPQUEQUI BAUTISTA
DNI. 46831718
Bachiller en MEDICINA HUMANA



Dr. Franz Helmuth Gutiérrez Vilca
C.A.P. 87045 - JULIACA, 06000
Jefe del Centro de Salud Guadalupe

Se autoriza Realizar la investigación

JUICIO DEL EXPERTO DE INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Zapata Alcos Roxana Amalia
 1.2 Institución donde Labora: Servicio Emergencia
 1.3 Instrumento motivo de Evaluación: Guía entrevista - cuestionario - Ficha de recolección de datos
 1.4. Autor del Instrumento: Bach. Marlene Flores Basurco

Título de instrumentos: "GUÍA DE ENTREVISTA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO- CON PRIORIDAD EN PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PUBLICO- PUNO, 2025.

II. Aspectos de Validación:

| Criterios | Indicaciones | Inaceptable | | | | Minimamente aceptable | | | | Aceptable | | | | |
|-------------------|---|-------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|-----------|----|----|----|-----|
| | | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| 1 Claridad | Esta formulado con lenguaje apropiado | | | | | | | | | | X | | | |
| 2 Objetividad | Esta adecuado a las leyes y principios científicos | | | | | | | | | | | X | | |
| 3 Actualización | Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación | | | | | | | | | | | X | | |
| 4 Organización | Existe una organización lógica | | | | | | | | | | X | | | |
| 5 Suficiencia | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | X | | |
| 6 Intencionalidad | Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis | | | | | | | | | | X | | | |
| 7 Consistencia | Se respalda en fundamentos técnicos y científicos | | | | | | | | | | | | X | |
| 8 Coherencia | Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems | | | | | | | | | | | | X | |
| 9 Metodología | La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis | | | | | | | | | | | | X | |
| 10 Pertinencia | El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación | | | | | | | | | | | X | | |

III OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
 b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV PROMEDIO DE VALORACIÓN

Fecha 1-8-25 DNI 01292311 Firma del Experto:



Roxana Amalia Zapata Alcos
 CIP: 20150 / HNE: 24178
 SERVICIO DE EMERGENCIA
 HOSPITAL DE JORNAL "PUNO" - PUNO



JUICIO DEL EXPERTO DE INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: *Fredes Espinoza Gilma Teodoro*
- 1.2 Institución donde Labora : *H.R.M.A.B. - P.U.M.P.*
- 1.3 Instrumento motivo de Evaluación: *Guía entrevista - cuestionario - ficha de recolección de datos*
- 1.4. Autor del Instrumento: *Bach. Marlene Flores Basurco*

Título de instrumentos: "GUÍA DE ENTREVISTA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO- CON PRIORIDAD EN PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PUBLICO- PUNO, 2025.

II. Aspectos de Validación:

| Criterios | Indicaciones | Inaceptable | | | | Mínimamente aceptable | | | | Aceptable | | | | |
|-------------------|---|-------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|-----------|----|----|----|-----|
| | | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| 1 Claridad | Esta formulado con lenguaje apropiado | | | | | | | | | X | | | | |
| 2 Objetividad | Esta adecuado a las leyes y principios científicos | | | | | | | | | | X | | | |
| 3 Actualización | Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación | | | | | | | | | | X | | | |
| 4 Organización | Existe una organización lógica | | | | | | | | | X | | | | |
| 5 Suficiencia | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | X | | | |
| 6 Intencionalidad | Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis | | | | | | | | | X | | | | |
| 7 Consistencia | Se respalda en fundamentos técnicos y científicos | | | | | | | | | | | X | | |
| 8 Coherencia | Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems | | | | | | | | | | | X | | |
| 9 Metodología | La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis | | | | | | | | | | | X | | |
| 10 Pertinencia | El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación | | | | | | | | | | X | | | |

III OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV PROMEDIO DE VALORACIÓN

Fecha *1.8.25* DNI *01214495* Firma del Experto: *[Firma]*

Prof. Gilma T. Fredes Espinoza
 CEP. 3385 - RNE. 6630
 MSC. 48771

JUICIO DEL EXPERTO DE INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Gallgo Flores Hilda Graciela
 1.2 Institución donde Labora : Hospital Regional "H.R.S." Puno
 1.3 Instrumento motivo de Evaluación: Guía entrevista - cuestionario - Ficha de recolección de datos
 1.4. Autor del Instrumento: Bach. Marlene Flores Basurco

Título de instrumentos: "GUÍA DE ENTREVISTA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO HUMANIZADO- CON PRIORIDAD EN PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PUBLICO- PUNO, 2025.

II. Aspectos de Validación:

| Criterios | Indicaciones | Inaceptable | | | | Mínimamente aceptable | | | | Aceptable | | | | |
|-------------------|---|-------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|-----------|----|----|----|-----|
| | | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| 1 Claridad | Esta formulado con lenguaje apropiado | | | | | | | | | X | | | | |
| 2 Objetividad | Esta adecuado a las leyes y principios científicos | | | | | | | | | | X | | | |
| 3 Actualización | Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación | | | | | | | | | | X | | | |
| 4 Organización | Existe una organización lógica | | | | | | | | | X | | | | |
| 5 Suficiencia | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | X | | |
| 6 Intencionalidad | Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis | | | | | | | | | X | | | | |
| 7 Consistencia | Se respalda en fundamentos técnicos y científicos | | | | | | | | | | | X | | |
| 8 Coherencia | Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems | | | | | | | | | | | X | | |
| 9 Metodología | La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis | | | | | | | | | | | X | | |
| 10 Pertinencia | El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación | | | | | | | | | X | | | | |

III OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
 b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV PROMEDIO DE VALORACIÓN

Fecha 21-07-2025 DNI... 01206243 Firma del Experto: Hilda Graciela Gallgo Flores

Hilda Graciela Gallgo Flores
DOCTORA EN SALUD PÚBLICA
C.E.P 15852



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 10/12/2025

I. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: WILVERD CAPOUEQUI BAUTISTA

Dirección: Av. Daniel Alomías Robles 926

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 46831817

Teléfono: 950578344 email: wilvercap@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: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MEDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

FACTORES DE RIESGO RELACIONADO CON DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES EN EL CENTRO DE SALUD GUADALUPE JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): antecedente materno, displasia del desarrollo cadera, factores, riesgo, niño.

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

1

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 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
 Nacional

Línea de investigación: **MEDICINA HUMANA - P10**


Firma de Autor

huella digital

10 de diciembre del 2025

Fecha