



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



**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL GRADO
DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES
PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. SHEILA GRANDE ROQUE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

JULIACA – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, JULIACA 2024

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. SHEILA GRANDE ROQUE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD PÚBLICA P-07

**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"****RESOLUCIÓN DECANAL N°1508 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 25 de noviembre del 2024

Vistos: El Expediente N° 2024-CU 16851 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: **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, 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 **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA** del (la) (bachiller) **GRANDE ROQUE SHEILA**; que habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**
- * **2do. Miembro** : **Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA**

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

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

- DIA** : **MARTES 26 DE NOVIEMBRE DEL 2024**
- HORA** : **16:00 HORAS**
- LOCAL** : **Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud**

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

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

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. ELIZABETH ROSA INOUE
DECANA

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2024(1)



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 370-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 26 de abril del 2024

VISTOS:

El Informe N° 025-2024-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 la Propuesta de Investigación de fecha 19 de abril de la E.P. de Enfermería, folio 0000046;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **GRANDE ROQUE SHEILA** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD PUBLICA;**

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 comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

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

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 111 2024-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 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-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **GRANDE ROQUE SHEILA**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA** titulado: **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, 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** al(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 enfermería, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: ENFERMERÍA, Secretaría Académica. Archivo.



Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
DECANA



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N°1415-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 30 de octubre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 107-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 29 de octubre del egresado (a) **GRANDE ROQUE SHEILA** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, JULIACA 2024** conducente para optar el título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

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. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**
- 2do. Miembro** : **Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA**

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

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno 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 N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **GRANDE ROQUE SHEILA** para optar el Título Profesional de **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA** Con la Tesis Titulado **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, JULIACA 2024**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.


Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MARGAS ONOFF
2024

Distribución: Decanato, EP: Enfermería secretaria Académica, Archivo.



EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, JULIACA 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	8%
2	Submitted to Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB Trabajo del estudiante	2%
3	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
6	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
VALORACIÓN DE ENFERMERIA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	SHEILA GRANDE ROQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	74408051
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-1391-367X
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	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA – P07
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR País: PERÚ Departamento: PUNO Provincia: SAN ROMÁN Distrito: JULIACA Coordenadas. Latitud: -15.47223 Longitud: -70.13569 https://maps.app.goo.gl/ruB2FbsigP9UjksM9</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	ABRIL 2024 – NOVIEMBRE 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Dra. María Amparo del Pilar Chambrá Catacora
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo SHEILA GRANDE ROQUE, identificado con DNI Nro. 74408051 en mi condición de egresado de:

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

ENFERMERÍA

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

" VALORACIÓN DE ENFERMERIA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADEIRA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, 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.

Juliaca 07 de ENERO del 2025


FIRMA (ASESOR)


FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Doy gracias a Dios por pertenecer a esta familia verdaderamente maravillosa, que siempre ha creído en el progreso, la humildad y el esfuerzo, que me han demostrado que lo único que puedo hacer es agradecer todo lo que poseen. Personas que me han hecho lo que soy hoy Si hay pocas personas que contribuyen significativamente a mi desarrollo y éxito en la vida, entonces sería apropiado que le dedicara este trabajo a cada una de ellas.



AGRADECIMIENTO

Primeramente, me gustaría agradecer a Dios por permitirme tener una buena experiencia en mi universidad, agradezco lograr y convertirme en algo que realmente me encanta hacer. Y también quiero agradecer a mi asesor, que me ayudó a culminar esta tesis.



ÍNDICE GENERAL

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

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
- Problema general.....	3
- Problemas específicos.....	4
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	4
- Justificación teórica.....	4
- Justificación práctica.....	4
- Justificación metodológica.....	5
1.3. OBJETIVOS.....	5
- Objetivo general.....	5
- Objetivos específicos.....	6
1.4. HIPÓTESIS.....	6
- Hipótesis general.....	6
- Hipótesis específicas.....	6



1.5.	VARIABLES.....	6
1.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
-	A nivel internacional.....	9
-	A nivel nacional.....	13
-	A nivel regional y/o local.....	17
2.2.	MARCO TEORICO.....	19
2.3.	MARCO CONCEPTUAL.....	26

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.3.	MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN.....	28
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	28
3.5.	TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.....	29
-	Técnicas:.....	29
-	Instrumentos:.....	29
3.6.	PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	30
3.7.	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	31
3.8.	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	32



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS 33

CONCLUSIONES..... 79

RECOMENDACIONES 81

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 82

ANEXOS 87

ANEXO 1: SISTEMATIZACIÓN DE DATOS..... 88

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA 90

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO..... 92

ANEXO 4: INSTRUMENTOS 93

ANEXO 5: VALIDACION DE INSTRUMENTOS..... 96

ANEXO 6: AUTORIZACION DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACION 102



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad del niño /niña relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar	34
Tabla 2.	Sexo del niño /niña relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.	38
Tabla 3.	Presentación del parto relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.	41
Tabla 4.	Peso al nacimiento del niño /niña relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.	44
Tabla 5.	Tipo de parto por cesárea relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.	47
Tabla 6.	Hijo de madre primeriza relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.	50
Tabla 7.	Antecedente familiares de displasia relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.	53
Tabla 8.	Valoración con maniobra de exploración de Ortolani relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.....	56



Tabla 9.	Valoración con maniobra de exploración de Barlow relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.....	59
Tabla 10.	Valoración de la limitación de abducción a partir del 1er mes relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.....	62
Tabla 11.	Valoración con maniobra de exploración de Galeazzi relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.....	65
Tabla 12.	Referencia a especialista relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.....	68
Tabla 13.	Examen de rayos x relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.....	71
Tabla 14.	Examen de ecografía funcional de caderas relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.....	74
Tabla 15.	Grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.....	77



RESUMEN

El objetivo principal de la presente investigación fue: Relacionar la valoración de enfermería con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, Juliaca 2024. **Metodología:** Es un estudio cuantitativo con diseño no experimental, descriptivo, correlacional, con una muestra de 82 niños menores de 12 meses, se utilizó la entrevista y revisión con dos instrumentos, para establecer la relación de variables el estadístico del chi cuadrado de Pearson. **Resultados:** La historia familiar con el 22% fueron niños de 11 meses, con el 59,8% de sexo femenino, con el 73,2% de parto cefálico, con el 43,9% con peso de nacimiento de 2,501 a 3,500 gramos, con el 39% parto por cesárea, con el 45,1% hijos de madres primerizas y en el 6,1% con antecedentes de displasia de hermanos; Y la valoración con exploración física en el 20,7% fue positivo con la maniobra de Ortolani, con el 18,3% afirmativo con la maniobra de Barlow, con el 19,5% positivo la valoración de abducción, con el 8,5% fue positivo en la valoración de Galeazzi, en el 24,4% de niños fueron referidos al especialista, en el 26,8% se les realizó examen de Rayos X, y en el 13,4% se les realizó la ecografía con resultados significativos con un valor de $p < 0,05$. Y el grado de displasia de cadera en niños menores en estudio en el 78% no presentaron displasia de cadera, el 14,6% presentaron displasia de cadera grado I o displasia simple y el 7,3% presentaban displasia de cadera Grado II o subluxación de cadera. **Conclusión:** La valoración oportuna de enfermería que está relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar son la historia familiar y valoración con examen físico todos con resultados estadísticos significativos con un valor de $p < 0,05$, prueba del chi cuadrado.

Palabras clave: Displasia del desarrollo de cadera, valoración, enfermería.



ABSTRACT

The main objective: To relate the nursing assessment with the degree of hip dysplasia in infants under 12 months Mariano Melgar Health Post, Juliaca 2024.

Methodology: It study with a non-experimental, descriptive, correlational design. , with a sample of 82 children under 12 months, the interview and review with two instruments were used to establish the relationship of variables, the Pearson chi square statistic. Results: The family history with 22% were children of 11 months, with 59.8% female, with 73.2% cephalic birth, with 43.9% with birth weight of 2,501 to 3,500 grams , with 39% delivered by cesarean section, with 45.1% children of first-time mothers and 6.1% with a history of siblings' dysplasia; And the evaluation with physical examination in 20.7% was positive with the Ortolani maneuver, with 18.3% positive with the Barlow maneuver, with 19.5% the abduction evaluation was positive, with 8.5% % was positive in the Galeazzi assessment, 24.4% of children were referred to a specialist, 26.8% underwent an X-ray examination, and 13.4% underwent ultrasound with statistically significant results with a value of $p < 0.05$. And the degree of hip dysplasia in younger children in the study: 78% did not present hip dysplasia, 14.6% presented grade I hip dysplasia or simple dysplasia and 7.3% presented Grade II hip dysplasia or subluxation hip. Conclusion: The timely assessment of the Nursing Department related to the degree of hip dysplasia in children under 12 months of age at the Mariano Melgar Health Center are the family history and assessment with physical examination, all with significant results with a value of $p < 0.05$, chi-square test.

Keywords: Developmental dysplasia of the hip, assessment, nursing



INTRODUCCIÓN

En la articulación de la cadera, esta está formada por la cabeza del fémur y la pelvis anterolateral, conocida como acetábulo. Este es el punto en el que la conexión normal entre estos dos huesos, se desconecta y conduce a la descomposición lenta de la articulación de la cadera, lo que provoca una degeneración temprana por desgaste de la articulación. La complicación se denomina osteoartritis y la claudicación va acompañada de dolor en el pie al caminar afectando en segundo lugar tejidos blandos con alto contenido fibroso (pulvinar). Por ello se ha realizado la investigación: Evaluación de enfermería relacionada con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, Juliaca 2024.

El trabajo se presente según lo propuesto siendo de la siguiente manera:

Capítulo I, Aspectos generales: comprende la descripción del problema, objetivos, justificación/racionalidad del tema de investigación (significación), planteamiento del problema; operacionalización de las variables de investigación. Capítulo II, se muestra el marco teórico: antecedentes, marco teórico propiamente dicho y terminología básica siendo la base del estudio. Capítulo III contiene detalles sobre el diseño, los instrumentos de recolección de datos, los tipos de herramientas que se utilizaron en este trabajo para recolectar estos testimonios. Capítulo IV presenta los resultados de la investigación en tablas de doble entrada y de frecuencia, además de probar la hipótesis



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel internacional

Últimamente, la displasia de cadera o DDC, una indisposición que afecta a personas de todo el mundo, se está viendo cada vez más. También se la llama "displasia del desarrollo de la cadera". Las estadísticas actuales nos dicen que los casos de displasia de cadera han aumentado entre un 10 y un 13 % en todo el mundo. La cantidad de personas que padecen esta enfermedad varía de un país a otro. En los países desarrollados, actualmente se encuentran entre 0,8 y 1,6 casos por cada 1000 nacidos vivos: patología, donde los niños suelen tener las caderas flexionadas y aducidas por un medio mecánico. Sin embargo, la afección es prácticamente desconocida en las poblaciones afroamericanas y chinas, así como en algunas partes de América Latina, donde permiten a los recién nacidos mantener las caderas flexionadas y abducidas de forma natural. (1)

La evaluación del CRED como parte de la atención integral a la niñez y adolescencia, de acuerdo a los lineamientos, es una de las tareas más desempeñadas por el Ministerio de Salud para preservar este objetivo, la Norma Técnica 040-MINSA en el 2006, y en la NTS 087- 2010 RM 990-2010/MINSA y en la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP aprobada según R.M - N° 537-2017/MINSA



del 10 Julio del 2017 monitorear los avances de los niños de cinco años para potenciar un mejor y equitativo desarrollo de la población infantil, mediante la realización de exámenes programados y oportunos, estimulando la identificación temprana de riesgos, alteraciones o daños en el crecimiento, suspendiendo los servicios de atención en salud infantil, haciendo referencia a la recuperación oportuna y la promoción de prácticas asistenciales adecuadas a la familia y la comunidad. Considerando la asistencia de enfermería en todos los niveles de atención y haciendo de la profesión una reflexión. (2, 3, 4)

Las enfermeras se encargan de la salud de los niños en diferentes clínicas y hospitales. Ayudan a los niños a crecer y desarrollarse bien, tanto física como emocionalmente, enseñándoles cómo mantenerse sanos y evitar enfermarse. Las enfermeras hacen esto planificando actividades sanitarias especiales que sean adecuadas para la edad del niño y que se realicen en el momento adecuado, siguiendo los estándares nacionales; así como la identificación temprana de riesgos/daños que requieren cuidados de mayor complejidad se pueden lograr muchos objetivos a través de la enfermería. En ocasiones, el tipo de atención que se necesitaba requería cantidades de tiempo diferentes con cada grupo de niños; en otros casos se utilizaban niveles de atención prácticamente idénticos para todos los niños. La limitación era que se habían presentado algunas condiciones. (5)

Según el portal del Ministerio de salud del Perú, uno de los trastornos más habituales que se observan en los niños, es la displasia de cadera. La neonatóloga del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Catherine Camones Sánchez señaló que 1 de cada 20 nacidos vivos presenta esta patología. Se trata de una anomalía ósea de la articulación coxofemoral (cadera) al nacer que afecta el desarrollo óseo dando como resultado una marcha inestable por parte del



niño durante la etapa de desarrollo. (6)

Para el crecimiento holístico del ser humano, la infancia debe tener un crecimiento integral. Este proceso implica una serie de actividades periódicas de realización para evaluar, detectar y monitorear los factores de riesgo que permitan identificar de manera temprana las derivaciones al detectar alteraciones o casos probables entre ellos (DDC) para el desarrollo de esta patología por lo que de existir una DDC debemos ayudar con el diagnóstico y la acción rápida desde el principio para asegurarnos de que se produzcan menos problemas y dificultades más adelante, cuyas dimensiones en gran medida están relacionadas pero la parte más significativa ocurre desde el embarazo hasta los primeros años de existencia. Es el momento de la vida de cada ser humano en el que todo el sistema musculoesquelético de cada persona que nace en este planeta crece y se desarrolla lo más rápido posible. Si un niño tiene problemas con el desarrollo normal de su sistema musculoesquelético durante ese período (antes de cumplir un año), esto tendrá consecuencias generalizadas, duraderas y desagradables.

A nivel de la región de Puno existen datos variables respecto a la incidencia y los factores que vienen contribuyendo, las actividades de agrícolas, comerciales y antecedentes que pueden generar un incremento de casos con alteraciones de la DDC. Por lo que será un aporte importante para identificar en el presente si se encuentra en aumento o descenso comparado con los indicadores nacionales.

Formulación del problema

Problema general

PG: ¿Cómo es la valoración de enfermería relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, Juliaca 2024?



Problemas específicos

PE1: ¿Cuál es la historia familiar relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses?

PE2: ¿Cómo es la valoración con la exploración física relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses?

PE3: ¿Cuál es el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica

Existe suficiente sustento teórico que sustenta la existencia de este problema del DDC debido a que tanto las mamás como los niños tienen riesgos, cada centro de salud debe verificar estos aspectos en sus programas de crecimiento y cuidado.

Estamos estudiando más a fondo cómo pueden ayudar las enfermeras a controlar el crecimiento y la salud de los bebés y los niños menores de un año. Esto nos ayudará a saber más sobre su bienestar, con posibles alteraciones en el desarrollo de la cadera, contribuyendo a una mejor calidad de la evaluación en el momento oportuno. Permitirá realizar una evaluación de alta calidad.

Justificación práctica

Siendo esta actividad de supervisión del infante menor de 5 años por la enfermera. A continuación, se presentan algunos protocolos, pautas y requisitos legales para poder diagnosticar, derivar o tratar esta displasia de cadera. Estas son las leyes que han estado guiando a los pacientes interesados en realizar evaluaciones de factores de riesgo desde el nacimiento hasta los 12 meses y exámenes físicos completos para monitorear la inestabilidad de la cadera. (7)

Las enfermeras que atienden a bebés y niños pequeños de hasta cinco años, y



especialmente a los menores de un año o recién nacidos, pueden aprender a realizar un buen control de salud. Esto ayuda si aparecen signos de problemas de crecimiento más adelante. La displasia de cadera se establece ya que es a través de estos puntos relacionados como factores de riesgo y maniobras de evaluación adicionales como el examen de Ortola; Exámenes de bajo movimiento que permitan una correcta posición laboral a nivel de servicio de Crecimiento por lo que se garantizará cercanía al ser referido por médico de crecimiento por sospecha de enfermedad. (8)

Justificación metodológica

En la presente investigación no se propondrá un método diferente al que se viene manejando con el empleo de las técnicas convencionales de recopilación de datos, y respecto a la valoración que se realiza para identificar determinados problemas de salud en los lactantes, se resaltara más los diferentes exámenes adicionales que podría realizar cuando sospecha la presencia de la displasia del desarrollo de cadera en los que participaran del estudio y los resultados podrán dar cuenta de los casos que se identifican y del tratamiento oportuno o no que vienen recibiendo, es importante controlar periódicamente el crecimiento y el desarrollo de nuestros hijos. Esto nos ayuda a asegurarnos de que les hacemos pruebas de cómo les va justo cuando es necesario, para que su control sea de primera.

1.3. OBJETIVOS

Objetivo general

OG: Identificar la valoración de enfermería con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, Juliaca 2024.



Objetivos específicos

OE1: Asociar la historia familiar con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses

OE2: Determinar la valoración con exploración física que se relaciona con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses

OE3: Identificar el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses.

1.4. HIPÓTESIS

Hipótesis general

HG: La valoración oportuna de enfermería está relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, Juliaca 2024

Hipótesis específicas

HE1: La historia familiar tiene relación con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses

HE2: La valoración con exploración física está relacionada con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses.

HE3: El grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses este se encuentra por encima del 13% de prevalencia.

1.5. VARIABLES

Variable 1: Valoración oportuna de Enfermería

Variable 2: Grado de displasia



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION
1. Valoración oportuna de enfermería	1.1. Historia familiar en padres	1.1.1. Edad del niño/niña	a) Menor a 6 meses b) 7 meses c) 8 meses d) 9 meses e) 10 meses f) 11 meses
		1.1.2. Sexo	a) Femenino b) Masculino
		1.1.3. Presentación de parto	a) Cefálica b) Podálica
		1.1.4. Peso del recién nacido	a) Menor de 2500 grs b) 2500 a 3,500 grs c) Mayor a 3,501 grs
		1.1.5. Partos por cesárea	a) Si b) No
		1.1.6. Hijos de padres primerizas	a) Si b) No
		1.1.7. Antecedentes de displasia en familia	a) Hermanos b) Padre c) Madre d) Ninguno
	1.2. Valoración con exploración física en CRED del niño	1.2.1. Maniobra de Ortolani (en recién nacido)	a) Dudoso b) Positivo c) Negativo
		1.2.2. Maniobra de Barlow (en recién nacido)	a) Dudoso b) Positivo c) Negativo
		1.2.3. A PARTIR 1° MES Limitación de la Abducción	a) Dudoso b) Positivo c) Negativo
		1.2.4. Signo de Galeazzi Test de Ober	a) Dudoso b) Positivo c) Negativo
		1.2.5. Referencia especialidad	a) No referido b) Referido
		1.2.6. Rayos X	a) No se le realizó b) Se le realizó
		1.2.7. Ecografía	a) No se le realizó



		funcional de caderas	b) Se le realizó
2. Grados de displasia		2.1.1. Clasificación de la displasia	a) SIN DISPLASIA b) GRADO I (Displasia Simple): acetábulo poco desarrollado, pero con la cadera en su lugar. c) GRADO II (Subluxación): hipoplasia acetabular y subluxación de cadera. d) GRADO III (Luxación): Hipoplasia acetabular y cadera completamente luxado



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional

Sarmiento, et al. (9). En su artículo Incidencia de displasia del desarrollo de cadera. Estandarizando la radiografía con un dispositivo anti rotatorio «Orthohip», Estudio de cohorte histórica observacional retrospectivo en pacientes de 4 a 9 meses, se realizó una radiografía AP de pelvis. Solo se evaluó la displasia simple con el dispositivo antirrotación y mediante el uso de la aplicación CareStream. Análisis de concordancia La prueba de concordancia se realizó utilizando el programa Stata 15. Los resultados. La tasa de incidencia de displasia de cadera del desarrollo fue de 9.4% (intervalo de confianza del 95%: 5.5%-14.6%), $y > 29.4\%$, 35.3% y 35.3% de los cuales fueron bilaterales, solo cadera lado derecho, solo cadera lado izquierdo (Tabla 1). Para determinar esta tasa, se consideraron tres o más parámetros cualitativos: configuración plana del acetábulo, esclerosis acetabular lateral, línea metafisaria externa aumentada y un borde irregular. Un total de 181 radiografías de pacientes fueron incluidas en el estudio. Todas tuvieron un valor kappa de más de 0.6, por lo tanto, los tres criterios fueron aceptados como hallazgos con altos niveles. Conclusiones: A los niños de 4 a 9 meses, se les realizó una radiografía de pelvis que solo se evaluó la displasia simple



Verdezoto, et al. (10). En su artículo Displasia del desarrollo de la cadera, para este artículo se realizó un estudio de diseño documental con una técnica de revisión. Los resultados indican que la DDC es menos una condición congénita y más una condición ontológica relacionada con los procesos biológicos. El diagnóstico y el tratamiento se consideran sobre la base de estas sensaciones, que dividimos en ideas, causas, tipos (aún tenemos casillas vacías), factores de riesgo y medidas preventivas. Los hallazgos son consistentes con un modelo de esta categoría de enfermedad como una entidad clínica que probablemente sea continua desde la normalidad hasta la anormalidad. La mayoría de estos trastornos se pueden detectar incluso durante el embarazo, mientras que otros se acumulan con el tiempo más adelante en la vida. Si bien el examen clínico sigue siendo importante, la naturaleza complementaria de las investigaciones de imagen se está volviendo cada vez más esencial. Por lo tanto, la combinación de estos dos se considera un excelente enfoque de diagnóstico. conclusión: Los estudios sugieren que la DDC es menos una condición congénita y más una condición ontológica relacionada con los procesos biológicos

Durán, et al. (11). En su artículo Correlación de displasia de cadera con factores de riesgo. hospital municipal Achacachi. Bolivia, este estudio es descriptiva es un enfoque de caso control. El estudio involucró a 128 pacientes de la clínica de Traumatología tratados en pacientes hospitalizados y ambulatorios, amamantados en ambos sexos después de la manipulación bajo anestesia raquídea. El modelo de Odds Ratio se aplicó para determinar el tamaño de asociación entre los factores de riesgo y la DDC. Los resultados mostraron que el género femenino de displasia de cadera fue 139.04 veces mayor que el hombre, que es seguido por los factores de riesgo de AD y HOD recursivamente también (Tabla II). Esto fue sucedido



después de nalgas / transversal 12.58; primípara (4.52), gemelos, la madre tiene una historia familiar positiva también tuvieron el aumento de riesgo para todos se mantuvo significativo a las 35 semanas + así como en oligohidramnios con y El LR continuó aumentando hasta la semana 35. Los resultados muestran que los factores de riesgo, de características clínicas del recién nacido y la madre, la historia obstétrica o las variables fetales. Conclusiones: Se mostró que el género femenino es 139.04 veces mayor que el género masculino

Sentamans, et al. (12). En su artículo Diagnóstico, tratamiento y cuidados de la displasia de desarrollo de cadera. Por lo tanto, este estudio fue una investigación descriptiva retrospectiva realizada mediante la revisión de las historias clínicas de 36 sujetos con diagnóstico de DDC. Se recopilaron datos epidemiológicos, antecedente personal (presentes y pasados), examen físico, contexto clínico; pruebas de laboratorio, imágenes, terapia proporcionada, complicaciones, desenlace. También se recogió información de antecedentes sobre el paciente. Los resultados. Las mujeres predominaron entre los pacientes con DDC (94%) que los niños, y la edad media al momento del diagnóstico fue de 15 semanas de vida. Se requirió intervención quirúrgica en el otro 61% que fue manejado de forma no operatoria. Las quejas más comunes y la certeza de las dificultades provinieron de la fricción causada con las correas. Dos casos de necrosis avascular (NAV) de cadera. Los problemas dermatológicos fueron las áreas más comunes afectadas por la tracción percutánea y el yeso pélvico. Estos incluyeron fiebre y anemia (durante la reducción abierta). Para discusión. Para tratar eficazmente la DDC, se aplica un concepto de tratamiento multidisciplinario que requiere la participación de diferentes especialidades médicas. Conclusiones: Las enfermeras son importantes en el cuidado de estos niños y deben poder brindar asesoramiento sobre cómo los



padres deben lidiar con estos niños que están recibiendo terapia.

Moller, et al. (13). En su artículo Tratamiento de la displasia de caderas con correas de Pavlik y displasia residual. Diseño de la evaluación del impacto de equidad en un estudio retrospectivo de pronóstico. Específicamente, seleccionamos pacientes diagnosticados de displasia de cadera que estaban siendo tratados con correas de Pavlik en un centro terciario. La displasia residual se diagnosticó cuando un ángulo acetabular lateral de más de 28 grados en el primer año. También analizaron el impacto de la displasia residual en factores como la bilateralidad, la edad al inicio del tratamiento y un índice acetabular $>36^\circ$. Resultados: En total, se incluyeron en el estudio 262 caderas en 153 pacientes; de los cuales $>90\%$ de los casos fueron idiopáticos (Tabla-I). Edad al inicio del tratamiento ($p = 0,03$), displasia bilateral >36 grados Depleción del índice acetabular Ángulo acetabular residual máximo medio de cuarenta y nueve caderas con luxación de cadera espinal con un residuo mínimo de 18,7 %, y se calculó el mismo valor que noventa y ocho que presentaron erosión o subluxación unilateral. En el momento del inicio de la terapia a los 4,5 meses, el efecto del factor de la edad aumenta dos veces el riesgo de luxación residual. (IC del 95 %, 1,25-5,03). Conclusión: Se notó una tendencia al incremento de la displasia al inicio del tratamiento que dura más de 4,5 meses.

Villegas, Llescas. (14) . Factor de riesgo implicado en el desarrollo de displasia de cadera en pacientes pediátricos. Resultados: El estudio se realizó en 120 pacientes en dos grupos, que incluyen un grupo de casos ($n = 60$) y una muestra de pacientes controlados por sexo y de la misma edad sin displasia de cadera, ya que el grupo de control proviene de pacientes ambulatorios de nuestra clínica. Las manifestaciones clínicas más habituales son el dolor y el acortamiento de la



extremidad afectada por la displasia de cadera. Los factores asociados con la ACP incluyeron el sexo femenino, la posición de nalgas al nacer y los nacimientos de primogénitos. Para los niños de cinco años con displasia de cadera, dos grandes problemas que pueden dificultar su tratamiento son la longitud desigual de las piernas y la artritis de aparición temprana. Conclusión: Los factores de riesgo son el sexo femenino, nacimiento en posición de nalgas y ser primogénito.

A nivel nacional

Medina. (15). En su tesis Factor relacionado a displasia de desarrollo de cadera en pacientes menores de 3 años atendidos en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el Covid-19, 2022. En palabras de D. Altman, se trató de un "brazo de investigación observacional, retrospectivo y transversal". Los médicos revisaron los expedientes médicos de 146 niños pequeños, todos menores de tres años, entre 2020 y 2021. Estos expedientes pasaron a formar parte del grupo de estudio. En consecuencia, luego de un análisis detallado de cada uno de los registros mediante una ficha de recolección de datos diseñada, analizamos los registros y descubrimos que 79 de ellos tenían problemas de cadera desde el nacimiento. Los demás estaban bien, pero algunos podrían haber faltado a más controles. Después de elegir qué registros utilizar, terminamos con 108 en total. Descubrimos que ser niño o niña importaba para determinar si alguien tenía problemas de cadera desde el nacimiento si $p < 0,05$, lo que era cierto. Esto significa que existe una conexión real. Por ejemplo, el sexo femenino incrementó en 2,32 veces la probabilidad de padecer displasia del desarrollo de cadera dentro del diferencial. Tanto el factor nulo de paridad como el de primiparidad presentaron una asociación significativa ($p, 0,03$), aunque solo en relación con la razón de probabilidad para este último. No se obtuvieron asociaciones significativas para el resto de variables. Conclusión: Hay



una asociación significativa entre el sexo, la primiparidad y la DDC. Además, ser del sexo femenino es un factor de riesgo para la DDC.

Romo. (16). En su tesis Prevalencia De Displasia De Desarrollo De Cadera En Niños De 0 a 12 Meses. 2020, El estudio aplicado de tipo transversal, retrospectivo y de nivel observacional descriptivo correlacional se realizó en una población de 795 pacientes pediátricos entre cero a doce meses atendidos en el Hospital Nacional Ramiro Priale Essalud Huancayo. La cohorte estuvo conformada por 379 pacientes atendidos en el servicio de radiología, donde solo 173 fueron diagnosticados con #aepernickish de cadera positivo. Resultados: los partos distócicos contribuyen hasta casi la mitad (39) entre estos niños nacen por parto eutócico tiende a casi el sesenta por ciento mientras que al observar la edad materna entre ellos, varía como cualquier otra prevalencia de la población general hasta los 19 -35 años haciendo alrededor del setenta por ciento donde tienden a tener madres por encima de este rango casi el treinta y un percentil haciendo que las mujeres sean más propensas a que dicha afección pueda ocurrir de ahí en adelante (wpas). Del grupo evaluado, el 13.9% de los niños nacieron de madres en semanas diferentes a las gestacionales y parto modal (86.1%) con un rango de semana diaria mediana entre 37-41 semanas instrumentalizando el parto entregado por todos los medios. La cantidad de mujeres por cada 100 hombres es igual a 53.2 (difícilmente puedo llamar "mujeres" solo a cientos) corresponde... Otro aspecto a considerar es la frecuencia por grupo, con un 52% de bebés correspondientes a este rango de edad (9-12 meses), ocupando un porcentaje ligeramente menor que los menores entre 5 y 8 meses ocupando aproximadamente el 45.1%, mientras que los incluidos en grupos de edad lo hacen están representados solo a una tasa del .2.9%. Conclusiones: Aproximadamente 22 de cada 100 personas tenían displasia



de cadera, según nuestra investigación. Esto significa que sigue siendo un problema común. Descubrimos que ser mujer, haber tenido un parto difícil y tener familiares con displasia de cadera eran los mayores riesgos en las personas que analizamos.

Soto. (17). En su tesis Factores de riesgo relacionados con el desarrollo de displasia de cadera en menores de 12 meses en el *HRPP*. 2020. El estudio realizado por el HNRPP fue una investigación descriptiva, transversal y retrospectiva que determinó si los registros médicos de los niños atendidos en una consulta externa del servicio de Traumatología y Ortopedia-Pediatría-MFR durante el año 2017 coincidían con su población. Son 324 bebés en la muestra completa. Conclusión: Un total de 217 (66,98%) factores de riesgo asociados alto y moderado fueron madres primíparas, además del sexo femenino fue (180;55,56%), presentación de nalgas (53;16,36%), antecedentes familiares (28;8,64%), bebé macrosómico (9%;2,78%), embarazo múltiple (8;2,47 veces). Conclusiones: Los factores de riesgo que se identificaron son la exposición de nalgas, el sexo femenino y la primiparidad.

Puma. (18). En su tesis Factores de riesgo asociados a displasia de cadera en lactantes de 0 a 12 meses atendidos en el Servicio de Medicina Física del Hospital Regional del Cusco entre enero y diciembre de 2016. Estudio retrospectivo, analítico, realizado en el Hospital Regional del Cusco, Analizamos los expedientes médicos de los bebés a los que se les diagnosticó problemas de cadera en el servicio de Medicina y se los trató allí. Incluimos en nuestro estudio a 32 bebés con problemas de cadera. Esto es lo que encontramos sobre factores de riesgo de los problemas de cadera: el 65,6 % eran niñas, el 75 % pesaba 3500 gramos o menos al nacer, el 59,4 % medía 50 cm o menos al nacer, el 40,6 % tenía familiares con



problemas de cadera antes, el 37,5 % tenía madres mayores de 35 años, el 12,5 % tenía madres que usaban anticonceptivos antes de quedar embarazadas, el 56,3 % era el primer bebé de su madre, el 75 % estaba boca abajo antes de nacer, el 90,6 % era el único bebé que nacía (no gemelos o más), el 68,8 % nacía de forma natural, el 68,8 % tenía otros problemas de salud relacionados con los problemas de cadera. Conclusión: Los mayores riesgos de problemas de cadera en los bebés son ser niña, ser más grande al nacer, antecedentes familiares de problemas de cadera, que el bebé esté colocado con los pies primero en el útero, ser el primer bebé de la mamá, tener muchos embarazos y cómo se carga al bebé.

Sarango. (19). En su tesis Atención oportuna a niños < 36 meses con presunción de DDC que asisten al servicio de rayos x, Policlínico Chincha 2019. Se ejecutó una revisión de las historias clínicas con sospecha de DGH en pacientes pediátricos menores de 36 meses, en la Clínica General de Chincha. Casi dos tercios (69,2%) de los casos con síntomas positivos de DDC fueron mujeres y 30,8% fueron hombres. Los pacientes con asimetría de muslos y glúteos tenían abducción restringida: 81%, alternativamente, se observó limitación abducida aislada en ocho por ciento de los casos y el 6% restante mostró signo de Custer combinado. Las cúpulas de Shenton son intermitentes en 38,5%. Se encontró asimetría de corriente y núcleo en 23,1% de los pacientes; ambos elementos se identificaron solo en el ángulo dentro de los límites de control (15,4%) o los ángulos acetabulares se presentan como convergentes (7,7%). La DDC es una condición donde el 6% de los niños tienen diagnóstico radiológico y sospecha clínica. Conclusión: Luego de una revisión exhaustiva, los investigadores determinaron que se detectó una correlación significativa entre el diagnóstico clínico de neumonía y la confirmación radiográfica.



A nivel regional y/o local

Moya. (20). En su tesis Factores asociados a displasia del desarrollo de cadera en menores de 1 año atendidos en el Hospital EsSalud III Juliaca, 2019. Estudio es analítico; retrospectivo que incluyó 192 lactantes de un año, de ellos fueron 96 casos y 96 controles. Se examinó la frecuencia de aparición de cada criterio en los diferentes grupos de investigación. La aceptación de la asociación entre factores se logró con un valor p de <0.05 . En los niños con DDC y sin esta condición, se identificaron: presentación de nalgas (77,1% vs 31,3%), madre primípara (72,9% vs 49%), antecedentes maternos (38,5% vs 16,7%) y sexo femenino mostro una prevalencia del 66,7% frente al 59,4%. Conclusión: La DDC se encuentra más comúnmente en pacientes femeninas y se asocia con la exposición de nalgas, ser madre primípara y antecedentes maternos de DDC en niños.

Jara. (21). En su tesis Factores relacionados con displasias de caderas en niños y niñas de 2 a 24 meses. Juliaca, 2015. 2019. Material y métodos: Se ejecutó un estudio analítico, observacional, prospectivo y transversal desde la perspectiva de la línea de investigación, prevención de la discapacidad en niños. La población estuvo compuesta por 533 hombres y mujeres con sospecha de enfermedad displásica de cadera. La etapa de recopilación de datos se basó en entrevistas, exámenes clínicos radiológicos y el análisis de variables mediante Epi Info 2000. La tabla de Caffey y Sharp se utilizó para el diagnóstico radiológico. El estudio demostró que los problemas de cadera son más probables si hay antecedentes de problemas de cadera en la familia, si el bebé nació en posición de nalgas, dependiendo de si el bebé es niño o niña y qué edad tenía cuando se detectó el problema. Revisaron aspectos como la fuerza muscular, la rigidez en las piernas, las variaciones en la longitud de las piernas y ciertas pruebas de cadera. Todas



estas pruebas mostraron una gran probabilidad de problemas de cadera si no eran normales. También encontraron problemas con una línea de cadera específica, la cadera izquierda tenía problemas y la parte superior del fémur no se estaba formando correctamente. Conclusión: Los factores vinculados a las enfermedades displasias de cadera son consistentes con las variables señaladas por otros investigadores, especialmente en lo que respecta a los antecedentes clínico-radiográficos, evidencian una alta probabilidad.

Santi. (22). En su tesis Factores de riesgo que se relacionan con el grado de displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 25 meses Puesto de Salud 9 de Octubre. Investigación de tipo analítico, observacional, transversal aplicado a 68 niños se determinó que el formulario de entrevista a la madre y la observación del grado DDC del niño eran componentes necesarios del enfoque de entrevista y observación. Resultados, el grado de displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 25 meses en el Puesto de Salud 9 de octubre fueron los antecedentes familiares ($p < 0.000 < 0.05$), los antecedentes obstétricos en presentación en el nacimiento ($p < 0.028 < 0.05$), neonatales en el peso al nacimiento ($p < 0.028 < 0.05$) y relacionadas con la captación y diagnóstico precoz signo del pliegue ($p < 0.022 < 0.05$), prueba de ortolani ($p < 0.002 < 0.05$), signo de Barlow ($p < 0.044 < 0.05$), signo Trendelenburg ($p < 0.000 < 0.05$) siendo estadísticamente significativos y el Grado de displasia del desarrollo de cadera fue en el 26.5% leve, el 36,7% de la población no presentó displasia de cadera, mientras que las displasias de cadera moderadas y severas se presentaron en el 22,1% y en el 14,7%, respectivamente (Tabla II). Concluyo: La clasificación de la gravedad de la displasia de cadera se ha realizado según ciertos criterios: antecedentes familiares, aspectos obstétricos y neonatales relacionados con la identificación y diagnóstico temprano.



2.2. MARCO TEORICO

1. Valoración de Enfermería

El profesional de enfermería cuando atiende desde un recién nacido y a los niños debe realizar la búsqueda factores de riesgo y cuando aquellos niños que al examen físico presenten alteraciones distintas a una franca inestabilidad de cadera (malformaciones musculoesqueléticas asociadas, chasquidos de cadera, etc.) deben ser remitidos al Servicio de Ortopedia del Hospital Nacional de Niños para la realización de una ecografía entre las cuatro y ocho semanas de vida, siempre que exista al menos un factor de riesgo importante.

1.1. Historia familiar en padres

Uno de los principales riesgos que el profesional que atiende a los niños en sus controles desde el recién nacido debe tomarse en consideración todos los factores de riesgo que deben ser registrados en la historia clínica y registros que se maneja el recién nacido y de los niños en los controles y valoraciones que realiza el profesional de enfermería.

1.1.1. Edad del niño/niña

Es un factor variable, relacionado con la biología para la captación y diagnóstico oportuno de la DDC se considera desde el recién nacido hasta el menor de 1 año.
(23).

1.1.2. Sexo

Los científicos creen que es más probable en el sexo femenino debido a cómo cambia con las hormonas de la madre. Eso es lo que nos dicen los datos científicos.
(24)

1.1.3. Presentación de parto

Cuando el recién nacido está sentado (posición de nalgas), debemos utilizar una ecografía. Esto ayuda a determinar si el bebé puede tener problemas de cadera más adelante.

Se sabe que es riesgoso que un bebé esté en posición pélvica cuando llega el momento de nacer. Esto se debe a que estar en esa posición durante el período final del embarazo puede hacer que las cosas sean inseguras. (23)

1.1.4. Peso al nacimiento.

El peso al nacimiento es otro factor que se considera importante ya que, al tener peso por encima de 2500, genera una laxitud en las caderas. (23)

1.1.5. Hijo de madres primerizas

De hecho, es más probable que todas estas variables afecten al primogénito debido a que en una madre primípara la distensión uterina y la pared abdominal son menores que en una madre multiparitaria. Todas estas variables actúan disminuyendo el espacio intrauterino en el último trimestre (como en la primiparidad) en los embarazos múltiples el bebé en crecimiento no tiene mucho espacio en la barriga, por lo que puede resultarle difícil moverse y, por lo tanto, sus articulaciones podrían no formarse perfectamente. (1)

1.1.6. Antecedentes de displasia en la familia

Si los padres no tienen esta historia, pero tuvieron un hijo afectado, entonces el riesgo de que el niño tenga esta enfermedad es del 6%; si alguno de los padres padece esta enfermedad y a otro hijo se le diagnostica, el riesgo de que el feto tenga esta enfermedad es del 37%.

1.2. Valoración con examen físico

Los niños acuden según planteamiento para la valoración de su crecimiento y



desarrollo para detectar enfermedades que se desarrollan en los primeros días de vida a nivel de DDC, se desarrolló un programa de tamizaje temprano (TET) mediante examen físico y ecografía.

1.2.1. Maniobra de Ortolani (en recién nacido)

Este procedimiento se utiliza para evaluar la reducción de una luxación de cadera previa. Puede implicar colocar al bebé en posición supina y darle algo que realmente le guste para descansar encima. La otra cosa es que después deben probar una de las caderas y no las dos juntas. Una mano sostiene la pelvis y, en el lado opuesto, dobla la cadera y la rodilla en un ángulo de 90 grados (para formar un "4").

El pulgar abduce suavemente la pierna, mientras que el dedo presiona el trocánter mayor hacia adentro y hacia arriba (23, 25)

1.2.2. Maniobra de Barlow (en recién nacido)

Está destinado a la evaluación de una luxación reducida de cadera. Se administra mediante taburetes para los pies en posición supina con flexión de caderas y una ligera abducción. Se bloqueará biomecánicamente una cadera, mientras que la otra se desplazará hacia la dislocación mientras se manipula suavemente en aducción-abducción. Esto se hace aduciendo (tirando del cuello del fémur hacia atrás y hacia afuera) y luego agregando y disminuyendo en abducción.

Cuando la cabeza femoral se desliza fuera del acetábulo, es posible que escuche un clic. Esta prueba nos muestra que este es uno de los signos de que algo no está bien.

La prueba de Ortolani es positiva en una cadera dislocada y la prueba de Barlow en el examen indica que puede haber cierta laxitud, caracterizada por una sensación suave de "pantano" detectada al nacer. Si alguna de estas estrategias

funciona, se recomienda que el paciente sea enviado a un especialista apropiado. Muchas personas creen que si la cadera chasquea o hace clic significa que algo anda mal con sus perros y que la displasia está comenzando a desarrollarse (23).

PARTIR 1° MES

1.2.3. Limitación de la Abducción

Durante dos o tres meses, el síntoma más confiable del desarrollo de displasia de cadera consiste en colocar al niño en posición supina con la cadera y las rodillas flexionadas, luego realizar una abducción suave de una pierna hacia el lado deseado. Aunque una abducción de al menos 75 grados se considera normal, una abducción de más de 600 grados será difícil de realizar en la situación de dislocación.

1.2.4. Signo de Galeazzi - Test de Ober

Se puede observar un acortamiento relativo del fémur y, cuando se coloca en una posición similar a la anterior, es posible ver que una rodilla está más baja que la otra.

Otras anomalías anatómicas espinales encontradas en la última incluyen asimetría de pliegues, acortamiento relativo de una extremidad o desviación de la vulva en las mujeres. En general, se ha aceptado que estos tienen baja especificidad y deben considerarse solo como signos de advertencia para una evaluación adicional. Los médicos no consideran que estos signos sean diagnósticos de Pitt-Hopkins. Sin embargo, en el caso de la oblicuidad pélvica (una posición postural que puede resultar cuando los abductores están funcionando correctamente y contribuyen a la estabilidad), hay motivos suficientes para sospechar firmemente que es la causa.

La DDC tardía puede ocurrir si el signo de Galeazzi es negativo y se ha



administrado un tratamiento inadecuado.

La prueba de Ober se realiza para diagnosticarla colocando al niño boca abajo con una mano manteniendo la estabilidad de la pelvis y la otra en el lado de flexión de la rodilla girando esta pierna más cerca de la otra sin promover la inclinación de la pelvis. Para llevarlo un poco más lejos, ni siquiera puedes levantar la rodilla de tu cadera "sana" hasta la línea media porque la oblicuidad pélvica lo hará imposible. La contractura de abducción fue uno de estos ejercicios que reflejaban los ejercicios pasivos que los padres debían hacer con los niños con parálisis cerebral; esto también se convirtió en parte de su marcha agachada si tenían algún grado de oblicuidad pélvica. Esto es doblemente valioso, ya que muestra la contractura de abducción. (26)

1.2.5. Referencia especialidad

El o la profesional de enfermería debe tomar una actitud rápida y oportuna Desarrollo de Displasia de Cadera: En caso de existir algún caso sospechoso en un recién nacido y/o niños de hasta 1 año, se requiere de este acto en las clínicas de Crecimiento y Desarrollo. Este tipo de intervención se denomina intervención interdependiente y se refiere a un detonante (derivación oportuna), de un profesional que deriva al paciente, quien debe descartar el desarrollo de Displasia de Cadera mediante exámenes auxiliares disponibles que incluyen Examen de Ultrasonido, Resonancia Magnética y Estudio Radiográfico, entre otros. Estos exámenes que se deben realizar son realizados por especialistas.

1.2.6. Rayos X

El examen radiográfico de la región pélvica se realiza a través de una pelvis anteroposterior (AP) de 3 meses de antigüedad tomada en circunstancias ideales. Posición de decúbito dorsal del paciente con los miembros inferiores extendidos y



alineados paralelamente, en una simetría perfecta. El foco se centra en un punto 2 cm por encima de la sínfisis púbica y una distancia objetivo de 100 cm (recuadro de la derecha). La fosa acetabular central es la clave para el diagnóstico de una cadera normal mediante radiografía, de modo que se ven núcleos de osificación bien desarrollados y ubicados rodeados de un techo acetabular cercano con un ángulo promedio de menos de treinta (dependiendo del grupo de edad) formado centralmente ubicado por cartílago trirradiado iliopúbico marginal lateral. (27, 28)

1.2.7. Ecografía

La técnica de diagnóstico por imagen que se debe utilizar en los primeros cuatro meses de vida, ya que es útil para la evaluación de las estructuras cartilaginosas y no irradia al paciente. Actualmente, se proporcionan métricas morfológicas y cinemáticas para caracterizar el comportamiento en vivo de la cadera durante ejercicios que inducen estrés.

La ecografía de cadera es un examen no invasivo y sin radiación de bajo costo y eficaz. Nos ayuda a detectar cualquier DDC de forma temprana. En ciertos países, todos los bebés se someten a este proceso como parte del cribado poblacional. (27, 28)

2. Grados de displasia del desarrollo de cadera Definición

Es un problema ortopédico frecuente en los bebés y una de las primordiales causas de discapacidad en los niños. Abarca todos los cambios patológicos en la parte del tránsito femoral proximal y acetabular con diferentes grados, desde una dislocación menor y una subluxación hasta la propia DDC. Es más prevalente en mujeres que en hombres, y a menudo, puede verse afectada la cadera izquierda. La subluxación habitual (DDC) produce alteraciones anatómicas que, con el tiempo, conducen a una coxartrosis temprana.



Etiología

Está relacionado con los genes y con factores que nos rodean, como el lugar donde crece el bebé dentro de su madre. Pero, aunque podemos señalar estos factores de riesgo, aún no sabemos por qué ni cómo sucede esto en realidad.

Aspectos Epidemiológicos

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

Cuadro Clínico

Existen distintos tipos de inestabilidad de la articulación de la cadera y podemos diferenciarlos según el rango de la afección de inestabilidad de la articulación de la cadera:

Puedes colocar la parte superior del fémur en la cavidad de la cadera. Cuando no se mueve, se asienta en la parte inferior de esta cavidad. Esta condición se conoce como caderas subluxables o flojas.

Cuando la parte superior del fémur se sale de su lugar en la cadera, es señal de que la cadera no está en el lugar correcto. Pero esta vez, a diferencia de antes, la parte superior se mueve hacia arriba en lugar de hacia abajo.

En el caso de las caderas dislocadas, la cabeza del fémur se coloca dentro del acetábulo mientras la cadera está en reposo. Sin embargo, es posible sacar físicamente la cabeza del fémur de esta cavidad escuchando un "clic".

Cuando las caderas están dislocadas, están en una postura antinatural, incluso cuando están en reposo.

2.1.1. Clasificación de la displacia

En el grado I, también conocido como displasia simple, el acetábulo no ha crecido por completo, pero la cadera aún está en su lugar.

La hipoplasia del acetábulo y la subluxación de la cadera son síntomas del grado II



(subluxación). La hipoplasia acetabular y una cadera totalmente dislocada también son características del grado III (luxación).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Crecimiento

Para crecer, es necesario que haya más células o células más grandes en un ser vivo. Este proceso puede verse afectado por lo que comes, cuánto dinero gana tu familia, tu cultura, tus sentimientos, los genes que heredaste de tus padres y el alimento que controla el funcionamiento de tu sistema nervioso y tus hormonas

Control de Crecimiento y Desarrollo

Serie de tareas rutinarias y sistemáticas que realiza una enfermera para realizar un seguimiento y evaluar el desarrollo de los menores respectivamente en el momento y de manera adecuada; identificación de amenazas de manera oportuna. (3)

Desarrollo de Displasia de Cadera (DDC)

Esta afección se refiere a diferentes problemas que pueden surgir en la cadera de un niño. Puede tratarse de algo como una displasia acetabular o de una cabeza femoral fuera de lugar. Los problemas pueden ser pequeños, como una subluxación menor, o incluso más graves, como una dislocación permanente.

Valoración de enfermería

Aplicación de proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado que llevan a cabo los profesionales de enfermería mediante un pensamiento crítico empleando diferentes técnicas desde la observación, el examen físico, la entrevista para obtener datos que permitan intervenciones oportunas. (4)

CAPÍTULO III

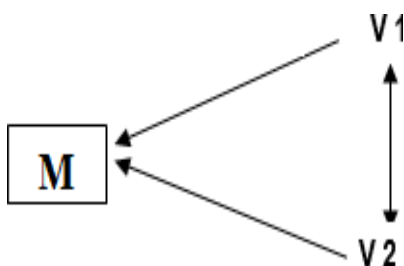
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño planteado es no experimental no se manipula alguna de las variables de la cual se ha obtenido información en el momento del contacto para la recolección de la información tal como se presentaba en la realidad concreta.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de Tipo correlacional de corte transversal.



Donde:

M = muestra

V1 = Valoración de enfermería

V2 = Grado de displasia de cadera

3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó el método deductivo porque infiere hechos observados a partir de reglas generales hacia condiciones particulares, se utilizan las reglas de la deducción, la conclusión debe ser verdadera. Es una estrategia de investigación matemática que aplica herramientas analíticas para describir, explicar y predecir eventos y relacionar datos numéricos. De ahí que se le denomine enfoque cuantitativo.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población comprendida desde recién nacido hasta los 12 meses de según la Oficina General de Tecnología de la información del MINSA la programación menor de 1 año de 268.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

FUENTE: Hernandez, Fernandez, Baptista

11. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014.

Tamaño de la población	N	268
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1-α)	Z (1- α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.5
Complemento de p	q	0.5
Precisión	e	0.09
Tamaño de la muestra	n	81.56

Muestra = 82 niños



3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Técnicas:

Variable 1 : Entrevista

Variable 2 : Revisión documental/observación Historia clínica

Instrumentos:

Variable 1:

Variable 1 : Guía de Entrevista

Variable 2 : Ficha de recopilación datos del grado de displasia de cadera en el niño o niña desde 0 a 12 meses.

VARIABLE 1		
GUÍA DE ENTREVISTA A MADRE DE NIÑO MENOR DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR		
Dimensión 1: Historia familiar de padre	Preguntas 1 al 7	Entrevista
Dimensión 2. Valoración de CRED del niño	Pregunta 8 a la 14	Entrevista - observación del examen físico
VARIABLE 2		
FICHA DE RECOLECCION DATOS DEL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA DE LA HISTORIA CLINICA O DIAGNOSTICO MÉDICO		
Grado de displasia de desarrollo de cadera	Un solo ítem	Observación- registro de historia clínica o diagnóstico médico



Fuentes

Se empleó como fuente primaria a los lactantes menores de 12 meses que brindaron la información en función a los instrumentos aplicados como fuentes secundarias los diferentes estudios previos, como antecedentes y los instrumentos validados por otros autores.

V1 = Valoración de enfermería

V2 = Grado de displasia de cadera

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizó las gestiones en el establecimiento de salud Mariano Melgar de la micro red Juliaca.

Seguidamente se realizó coordinaciones con la enfermera responsable de la estrategia de Desarrollo Integral Temprano – Crecimiento y desarrollo del establecimiento.

Se coordinó los días de asistencia y se coordinó también para recolectar los datos de la asistencia del consultorio de CRED

El proceso fue de forma durante 2 meses según los días programados, en las cuales se aplicó ambos instrumentos hasta completar los 82 niños participantes del estudio.

Utilizamos la herramienta SPSS para codificar, calcular números y tratar los datos recopilados. Los cuales se presentarán en tablas de frecuencias adjunto al mismo el análisis estadístico que permitió una interpretación integral de cada indicador en estudio.

Comparamos los datos recopilados con la información de fondo de nuestro estudio y con ciertas teorías que analizamos. Esto nos ayuda a comprender y analizar mejor los datos.

Para el procesamiento de los datos se manejó la prueba estadística conocida como Chi-cuadrado de Pearson. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$ y se consideró significativo el intervalo de confianza (IC) del 95%. Los resultados se presentan en tablas con entradas dobles y una tabla con una sola variable con el fin de facilitar una mejor comprensión del análisis estadístico asociado a cada una de las tablas.

Se realiza las pruebas de hipótesis en cada resultado según ello para concluir y determinar la relación entre las variables estudiadas.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Frente a la propuesta asumida que el autocuidado tiene alguna relación con la situación social del adulto mayor lo cual a través de una probabilidad se aceptó y rechazo algunos ítems según lo propuesto. Utilizamos una prueba no paramétrica llamada Chi-Cuadrado (X^2) para organizar y juzgar la información que recopilamos. Existen determinados indicadores que no están relacionados entre sí y que no se comportan de la misma manera. En este estudio también se tuvo en cuenta la significancia de un resultado de $p < 0,05$.

Formula de la chi cuadrada:

$$x^2 = \sum_{e_i} \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde:

x^2 : Chi cuadrado

e_j : frecuencia esperada

o_j : frecuencia observada



3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez

Los instrumentos fueron elaborados en función a las normas y guías del manejo de displasia del DDC se validó con (3 expertos).

Se aplicó la fiabilidad con los resultados obtenidos.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,655	17

Según la prueba realizada tiene una fiabilidad aceptable



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Siendo nuestro objetivo principal: Relacionar la valoración de enfermería con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, Juliaca 2024, hallamos los siguientes resultados que muestro a continuación, en 15 tablas de distribución de frecuencias y análisis estadístico.

A partir de este objetivo se presentan los resultados según los objetivos específicos:

- 1° Asociar la historia familiar con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses
- 2° Determinar la valoración de crecimiento que se relaciona con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses
- 3° Identificar el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses.

Tabla 1. Edad del niño /niña relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar

Edad del niño/niña	Grado de displasia desarrollo cadera							
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor de 6 meses	29	35,4	6	7,3	0	0	35	42,7
7 meses	2	2,4	2	2,4	0	0	4	4,9
8 meses	2	2,4	0	0	4	4,9	6	7,3
9 meses	11	13,4	2	2,4	0	0	13	15,9
10 meses	6	7,3	0	0	0	0	6	7,3
11 meses	14	17,1	2	2,4	2	2,4	18	22,0
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC
 $X^2_{cal}= 41,451$

$P=0,000$

Prueba es **significativa**

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

$Gf=10$



En primer objetivo específico fue: Relacionar la historia familiar con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses para lo cual se presentan los siguientes resultados a continuación.

Tabla 1 nos muestra la edad de los niños menores de 12 meses que participaron del estudio siendo un número de 82 de los cuales el 42,7% fueron menores de 6 meses, el 22% fueron de 11 meses, el 15,9% fueron de 9 meses, el 7,3% fueron de 10 meses, el 7,3% fueron 8 meses y el 4,9% de 7 meses.

El 42,7% de los lactantes de seis meses presentaron displasia y en cuanto al grado de displasia, el 35,4% de los menores de doce meses no presentaron anomalías en la cadera, mientras que la luxación de cadera grado I comprendió una proporción del 7,3%. Los datos fueron tomados del puesto de salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas de 11 meses fueron el 22% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el 2,4% presentaron displasia de cadera grado II subluxación, el 2,4% con displasia de cadera Grado I displasia simple y en el 17,1% no presentaban displasia de cadera en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al realizar el análisis de la relación entre la edad con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado. Queríamos que la prueba fuera correcta el 95% de las veces. Nos conformamos con una pequeña tasa de error del $p < 0,05$, con una $X^2_{cal} = 41,451$ mayor que $X^2_{tab} = 18,307$, con $Gl = 10$ y un nivel de significancia $P = 0,000$, siendo significativo el indicador dando cuenta que existe relación entre la edad y el grado de DDC en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar de Juliaca.



El estudio permite evidenciar que los casos que ya vienen recibiendo tratamiento y pronto manejo de la displasia de cadera, similar al estudio realizado por Sentamans-Segarra, et al. (12). Los médicos solían detectar problemas de cadera en bebés de alrededor de 15 semanas de edad. Sin embargo, estos problemas eran más comunes cuando los bebés estaban cerca de los 4 meses de edad. Por lo general, en ese momento era cuando se daban cuenta.

En otro estudio realizado por Villegas, Llescas. (14). Descubrieron que los bebés que tienen entre 0 y 5 meses son los que más padecen displasia de cadera.

En este estudio realizado el 42,7% fueron menores de 6 meses, el 22% fueron de 11 meses, el 15,9% fueron de 9 meses, el 7,3% fueron de 10 meses, el 7,3% fueron 8 meses y el 4,9% de 7 meses.

Tabla 2. Sexo del niño /niña relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Sexo del niño/niña	Grado de displasia desarrollo cadera							
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Femenino	33	40,3	10	12,2	6	7,3	49	58,8
Masculino	31	37,8	2	2,4	0	0	33	40,2
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal}= 8,601$$

$$P=0,014$$

Prueba es **significativa**

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

$$Gf=2$$



Tabla 2 nos muestra el sexo de los niños menores de 12 meses que participaron del estudio siendo un número de 82 de los cuales el 59,8% fueron de sexo femenino y el 40,2% fueron de sexo masculino.

En cuanto a la severidad de la displasia de cadera, el 59,8% la presentó en niños de sexo femenino y entre los menores de un año del Puesto de Salud Mariano Melgar, observamos que el 40,3% no presentó displasia de cadera; el 12,2% presentó luxación grado I con subluxación y solo el 7,3%.

Al realizar el análisis de la relación entre el sexo con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado. Queríamos que la prueba fuera correcta el 95% de las veces. Nos conformamos con una pequeña tasa de error del $p < 0,05$, con una $X^2_{cal} = 8,601$ mayor que $X^2_{tab} = 5,992$, con $Gl = 2$ y un nivel de significancia $P = 0,014$, siendo significativo el indicador dando cuenta que existe relación entre el sexo y el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar de Juliaca.

En el presente estudio se pone en consideración que cerca del 20% fueron de sexo femenino las portadoras de DDC, similar al estudio realizado por Durán-Calle, et al. (11). En Bolivia, los estudios han demostrado que el género femenino está más estrechamente relacionado con la displasia de cadera que el género masculino, teniendo un riesgo 139,04 veces mayor.



otro estudio realizado por Sentamans-Segarra, et al. (12). Encontraron que la displasia del desarrollo de cadera fue más habitual en niñas en el 94 % y la edad media de diagnóstico fue de 15 semanas de vida cerca a los 4 meses, y según otro estudio Moller, et al. (13). Encontraron que el 84,3% fueron mujeres con asociación significativa con la edad de inicio de tratamiento ($p = 0,03$), displasia bilateral.

En otro estudio realizado por Villega, Llescas. (14). Identifico dentro de los factores de mayor asociación fueron del grupo del sexo femenino. Según el estudio de Jara. (21). Las enfermedades DDC se asociaron con el sexo $P: 0.0004$.

Según Santi. (22). encontró que los antecedentes familiares ($p 0.000 < 0.05$), los antecedentes obstétricos en presentación en el nacimiento ($p 0.028 < 0.05$), neonatales en el peso al nacimiento ($p 0.028 < 0.05$) y relacionadas con la captación y diagnóstico precoz signo del pliegue ($p 0.022 < 0.05$), prueba de ortolani ($p 0.002 < 0.05$), signo de Barlow ($p 0.044 < 0.05$), signo Trendelenburg ($p 0.000 < 0.05$) (27)

En este estudio realizado nos muestra el sexo de los niños que participaron del estudio siendo un número de 82 de ellos el 59,8% fueron de sexo femenino y el 40,2% sexo masculino.

Tabla 3. Presentación del parto relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Presentación fetal	Grado de displasia desarrollo cadera							
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Cefálica	52	63,5	2	2,4	6	7,3	60	73,2
Podálica	12	14,6	10	12,2	0	0	22	26,8
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal}= 23,844$$

$$P=0,000$$

Prueba es **significativa**

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

$$Gl=2$$



Tabla 3 nos muestra la presentación fetal según los niños de 12 meses que participaron 82 de ellos el 73,2% fueron de presentación cefálicas y el 26,8% de presentación podálica.

En los niños / niñas de presentación cefálica fueron el 26,8% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el 14,6% sin displasia de cadera y el 12,2% con grado I de displasia de cadera displasia simple en niños de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas de presentación cefálica fueron el 73,2% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el 7,3% con displasia de cadera Grado II son subluxación, el 2,4% con displasia de cadera Grado I con displasia simple y en el 63,5% no presentaban displasia de cadera en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al realizar el análisis de la relación entre el tipo de presentación de parto con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado. Queríamos que la prueba fuera correcta el 95% de las veces. Nos conformamos con una pequeña tasa de error del $p < 0,05$, con una $X^2_{cal} = 23,844$ mayor que $X^2_{tab} = 5,992$, con $Gl = 2$ y un nivel de significancia $P = 0,000$, siendo significativo el indicador dando cuenta que existe relación entre el tipo de presentación el parto y el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar de Juliaca

Según estudio realizado por Villegas, Llescas. (14). Identifico los factores de mayor asociación el de sexo femenino, presentación podálica al nacer y ser producto de madre primigesta, otro estudio realizado por Romo. (16). Ha concluido que la incidencia de DDC del desarrollo es de 21.8% en niños de 0 a 12 meses, tanto



niños como niñas. En la evaluación de la presentación fetal, el 12.7% de nalgas y el 87.3% de cefálica fueron factores de riesgo en niños con displasia de cadera (Tabla II). También hubo un 5.8% con antecedentes familiares de displasia de cadera, igualmente. Según el estudio ejecutado por Jara. (21). Las enfermedades DDC se asociaron con presentación podálica $P:0.0004$.

Santi. (22). Se encontró que los antecedentes obstétricos en presentación en el nacimiento ($p 0.028 < 0.05$).

En este estudio realizado nos muestra el tipo de parto según presentación de los niños que participaron 82 de ellos el 73,2% fueron de presentación cefálicas y el 26,8% de presentación podálica

Tabla 4. Peso al nacimiento del niño /niña relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Peso al nacimiento del niño/niña	Grado de displasia desarrollo cadera							
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor de 2500 grs	16	19,5	0	0	2	2,4	18	22,0
De 2501 a 3500 grs	34	41,5	0	0	2	2,4	36	43,9
Mayor a 3501 grs	14	17,1	12	14,6	2	2,4	28	34,1
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal}= 27,984$$

$$P=0,000$$

Prueba es **significativa**

$$X^2_{tab}=9,488$$

$$Gl=4$$



Tabla 04 nos muestra el peso del recién nacido siendo un número de 82 de los cuales el 43,9% fueron con peso adecuado entre 2500 a 3500 gramos, el 34,1% con sobre peso por encima de lo normal y en el 22% con peso menor de 2500 gramos.

En los recién nacidos con peso adecuado fueron el 43,9% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el 41,5% sin displasia de cadera y el 2,4% mostraron displasia de cadera Grado II con subluxación en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

En recién nacidos que pesaron más de 3501 gramos al nacer, el 34,1% tuvieron sobrepeso. En cuanto a la displasia de cadera, un problema de la articulación, el 15% tenía el Grado I, llamado Imania, que son casos simples. Solo el 2,4% tenía la displasia de tipo simple. El Grado II, conocido como isquemia que puede llevar a que la cadera se salga de lugar, se halló en el 17,1% de los casos. Los niños menores de 12 meses no mostraron problemas de cadera en el estudio hecho por Melgar Mariano en el Posto de Inferior llamado caima.

Al realizar el análisis de la relación entre el peso al nacimiento con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado. Queríamos que la prueba fuera correcta el 95% de las veces. Nos conformamos con una pequeña tasa de error del $p < 0,05$, con una $X^2_{cal} = 27,984$ mayor que $X^2_{tab} = 9,488$, con $Gl = 4$ y un nivel de significancia $P = 0,000$, siendo significativo el indicador dando cuenta que existe relación entre el peso al nacimiento y el grado de DDC en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar

Según estudios realizados por Medina. (25). En Arequipa encontró que el sexo femenino presentó un Odds Ratio de 2.32 veces más de padecer DDC, la



primiparidad con una significación del $p:0.03$ pero el Odds Ratio no resultó significativo, concluyéndose que existe una asociación significativa del sexo femenino, primiparidad con la presencia de DDC.

Otro estudio realizado por Puma. (18). Los factores de riesgo asociados a la DDC fue el peso al nacer menor o igual a 3500gr en el 75%. Otro estudio realizado por Santi. (22). encontró los antecedentes obstétricos en presentación en el nacimiento ($p 0.028 < 0.05$), neonatales en el peso al nacimiento ($p 0.028 < 0.05$) y relacionadas con la captación y diagnóstico precoz.

En este estudio nos muestra el peso del recién nacido siendo un número de 82 de los cuales el 43,9% fueron con peso adecuado entre 2500 a 3500 gramos, el 34,1% con sobre peso por encima de lo normal y en el 22% con peso menor de 2500 gramos.

Tabla 5. Tipo de parto por cesárea relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Tipo de parto por cesárea	Grado de displasia desarrollo cadera						Total	
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si	16	19,5	12	14,6	4	4,9	32	39,0
No	48	58,5	0	0	2	2,4	50	61,0
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal}= 25,907$$

$$P=0,000$$

Prueba es **significativa**

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

$$Gf=2$$



La tabla 5 nos muestra el tipo de parto por cesárea con la participación de 82 de ellos de los cuales el 61% fueron de parto normal y el 39% fueron de parto por cesárea.

De estos, el 58,5% de los bebés no presentaron displasia de cadera y el 2,4% presentaron subluxación/mal alineación grado II/III; el 61% presentó modo de nacimiento normal. Conclusiones Los resultados se obtuvieron de lactantes menores de 12 meses encuestados en el Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los recién nacidos de parto por cesárea fueron el 39% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el 4,9% con displasia de cadera Grado II son subluxación, el 14,6% con displasia de cadera Grado I con displasia simple y en el 19,5% no presentaban displasia de cadera en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al realizar el análisis de la relación entre el tipo de parto por cesárea con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado, la prueba fue correcta el 95% de las veces. Nos conformamos con una pequeña tasa de error del $p < 0,05$, con una $X^2_{cal} = 25,907$ mayor que $X^2_{tab} = 5,992$, con $Gl = 2$ y un nivel de significancia $P = 0,000$, siendo significativo el indicador dando cuenta que existe relación entre el tipo de parto por cesárea y el grado de DDC en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar

Romo. (16). Decidí que la displasia de cadera del desarrollo se presenta en el 21,8% de los niños y niñas de cero a un año después de ver esas cifras Los datos sobre la presentación del feto al nacer para los niños con displasia de cadera se presentan en diferentes factores de riesgo: nalgas-12,7% y cefálica 87,3%.

En este estudio nos muestra el tipo de parto por cesárea con la participación de 82



de ellos de los cuales el 61% fueron de parto normal y el 39% fueron de parto por cesárea.

Tabla 6. Hijo de madre primeriza relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Hijo de madre primeriza	Grado de displasia desarrollo cadera							
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	23	28,0	8	9,8	6	7,3	37	45,1
No	41	50,0	4	4,9	0	0	45	54,9
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal} = 11,727$$

$$P = 0,003$$

Prueba es **significativa**

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

$$Gl = 2$$



Tabla 6 nos muestra el comportamiento de los 82 niños menores de 12 meses que participaron del estudio según se hijos de madres primerizas de ellos el 45,1% fueron de madres primerizas y el 54,9% no fueron madres primerizas.

En los niños / niñas de madres no primerizas fueron el 54,9% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el 50% sin displasia de cadera y el 4,9% con grado I de displasia de cadera displasia simple en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas que fueron de madres primerizas fueron el 45,1% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el 7,3% con displasia de cadera Grado II son subluxación, el 9,8% con displasia de cadera Grado I con displasia simple y en el 28% no presentaban DDC en niños de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al realizar el análisis de la relación entre ser hijos de madre primeriza con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado, la prueba fue correcta el 95% de las veces. Nos conformamos con una pequeña tasa de error del $p < 0,05$, con una $X^2_{cal} = 11,727$ mayor que $X^2_{tab} = 5,992$, con $Gl = 2$ y un nivel de significancia $P = 0,003$, siendo significativo el indicador dando cuenta que existe relación entre ser hijo de madres primerizas con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar

Según estudio realizado por Villegas, Llescas. (14) Identifico los factores de mayor asociación el de sexo femenino, presentación podálica al nacer y ser producto de madre primigesta.



Medina. (15). Encontramos que el sexo femenino se asoció con displasia del desarrollo de cadera OR de 2,32 p:0,03 en Arequipa y la primiparidad, el número de embarazos >1 fueron predictores significativos. Sin embargo, el Odds Ratio no fue significativo, por lo que es difícil afirmar que existe asociación entre displasia del desarrollo de cadera y primiparidad.

En este estudio nos muestra el comportamiento de los 82 niños que participaron del estudio según se hijos de madres primerizas de ellos el 45,1% fueron de madres primerizas y el 54,9% no fueron madres primerizas.

Tabla 7. Antecedente familiares de displasia relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Antecedente familiares de displasia	Grado de displasia desarrollo cadera						Total	
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Hermanos	1	1,2	4	4,9	0	0	5	6,1
Padre o madre	1	1,2	3	3,7	1	1,2	5	6,1
Ninguno	62	75,6	5	6,1	5	6,1	72	87,8
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal}= 30,935$$

$$X^2_{tab}=9,488$$

$$P=0,000$$

$$Gf=4$$

Prueba es **significativa**



Tabla 7 nos muestra los antecedentes familiares de los niños menores de 12 meses que participaron en la investigación fueron 82 de ellos el 87,8% no tuvieron ningún antecedente familiar de displasia de cadera, el 6,1% tuvieron el antecedente de los hermanos y el 6,1% tuvieron antecedentes de los padres.

La displasia de cadera se encontró en el 6% de los menores de un año con antecedentes de hermanos. Por otro lado, al clasificar la displasia de cadera por nivel de severidad, el 1,2% de los pacientes no presentó signos de displasia de cadera y solo multinivel grado I en el 4,9%. La información fue proporcionada por el Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas que no tuvieron antecedentes de familiares con displasia de cadera fueron el 87,8% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el 6,1% con displasia de cadera Grado II son subluxación, el 6,1% con displasia de cadera Grado I con displasia simple y en el 75,6% no presentaban displasia de cadera en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al realizar el análisis de la relación entre los antecedentes familiares de displasia con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado, la prueba fue correcta el 95% de las veces. Nos conformamos con una pequeña tasa de error del $p < 0,05$, con una $X^2_{cal} = 30,935$ mayor que $X^2_{tab} = 9,488$, con $Gf = 4$ y un nivel de significancia $P = 0,000$, siendo significativo el indicador dando cuenta que existe relación entre los antecedentes familiares de displasia con el grado de displasia de cadera en niños de 12 meses del P.S. Mariano Melgar Romo. (16). Concluyo que los factores de riesgo se tienen un 5.8% de niños que tuvieron antecedentes familiares de DDC, igualmente. Siendo muy similar a las que encontramos en el 6,1% con displasia de cadera.



Otro estudio de Puma. (18). Los factores de riesgo asociados a la displasia del desarrollo de cadera con antecedentes familiares en el 40,6%.

Según el estudio realizado por Santi. (22). Se encontró que los antecedentes familiares ($p < 0.000 < 0.05$) están relacionadas con la captación y diagnóstico precoz signo de displasia del desarrollo de cadera.

En este estudio nos muestra los antecedentes familiares de los niños que participaron en la investigación fueron 82 de ellos el 87,8% no tuvieron ningún antecedente familiar de displasia de cadera, el 6,1% tuvieron el antecedente de los hermanos y el 6,1% tuvieron antecedentes de los padres.

Tabla 8. Valoración con maniobra de exploración de Ortolani relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Valoración con maniobra de exploración de Ortolani	Grado de displasia desarrollo cadera						Total	
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Negativo	61	74,4	0	0	0	0	61	74,4
Positivo	0	0	12	14,6	5	6,1	17	20,7
Dudoso	3	3,7	0	0	1	1,2	4	4,9
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$X^2_{cal} = 80,436$

$P = 0,000$

Prueba es **significativa**

$X^2_{tab} = 9,488$

$Gl = 4$



Según la propuesta del segundo objetivo de determinar la valoración con exploración física que se relaciona con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses presentándose los siguientes resultados:

La tabla 8 nos muestra la valoración con exploración física del recién nacido con la maniobra de exploración de Ortolani en los niños de 12 meses que participaron siendo 82 de ellos el 74,4% fueron negativa la prueba, el 20,7% fue positiva y el 4,9% fue dudoso.

En los niños / niñas con la valoración física con la maniobra de exploración de Ortolani positiva fueron el 20,7% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el 14,6% con grado I de displasia de cadera displasia simple y el 6,1% presentaban grado II de displasia de cadera subluxación en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas con la valoración física con la maniobra de Ortolani negativo fueron el 74,4% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el total de los 74,4% no presentaban displasia de cadera en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al ejecutar el análisis estadístico para determinar la valoración del examen físico con la maniobra de Ortolani coherente con el grado de displasia en de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado, la prueba fue correcta el 95% de las veces. $X^2_{cal}=80,436$ es mayor que $X^2_{tab}=9,488$, con $Gf=4$ y un umbral de significación de $P=0,000$. Aceptamos un pequeño margen de error de $p<0,05$, que se considera estadísticamente significativo, siendo significativo el indicador dando cuenta que la valoración física con la maniobra de Ortolani está relacionado con el grado de displasia de cadera en niños de 12 meses del P.S. Mariano Melgar. Se



prueba la hipótesis planteada.

En el presente estudio son más del 25% que tuvieron un examen físico que mediante la prueba de Ortolani establecer la presencia de indicadores para confirmar la displasia de cadera, según Verdezoto, et al. (10). En la revisión documental encontró que el examen clínico se sigue considerando primordial e importe los estudios de imagen, de allí que la combinación de éstos se cree el modelo diagnóstico ideal.

En este estudio nos muestra la valoración con exploración física del recién nacido con la maniobra de Ortolani en los niños que participaron siendo 82 de ellos el 74,4% fueron negativa la prueba, el 20,7% fue positiva y el 4,9% fue dudosa.

Tabla 9. Valoración con maniobra de exploración de Barlow relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Valoración con maniobra de exploración de Barlow	Grado de displasia desarrollo cadera							
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Negativo	61	74,4	0	0	0	0	61	74,4
Positivo	0	0	10	12,2	5	6,1	15	18,3
Dudoso	3	3,7	2	2,4	1	1,2	6	7,3
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal} = 73,245$$

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$P = 0,000$$

$$Gf = 4$$

Prueba es **significativa**



Tabla 8 nos muestra la valoración física del recién nacido con la maniobra de exploración de Barlow en los niños menores de 12 meses que participaron siendo 82 de ellos el 74,4% fueron negativa la prueba, el 18,3% fue positiva y el 7,3% fue dudoso la confirmación de displasia de cadera.

En los niños / niñas con la valoración física con la maniobra de exploración de Barlow positiva fueron el 18,3% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el 12,2% con grado I de displasia de cadera displasia simple y el 6,1% presentaban grado II de displasia de cadera subluxación en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas con la valoración física con la maniobra de exploración de Barlow negativo fueron el 74,4% y al relacionar con el grado de displasia de cadera el total de los 74,4% no presentaban displasia de cadera en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al ejecutar el análisis estadístico para determinar la valoración del examen físico con la maniobra de Barlow relacionado con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado, la prueba fue correcta el 95% de las veces. Nos conformamos con una pequeña tasa de error del $p < 0,05$, con una $X^2_{cal} = 73,245$ mayor que $X^2_{tab} = 9,488$, con $Gl = 4$ y un nivel de significancia $P = 0,000$, siendo significativo el indicador dando cuenta que la valoración física con la maniobra de Barlow está relacionado con el grado de DDC en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar de Juliaca. Se prueba la hipótesis planteada.

Santi. (22). encontró que la captación y diagnóstico precoz signo de Barlow ($p = 0,044 < 0,05$). Otro estudio Jara. (21). Se halló una asociación significativa entre las enfermedades displásicas de cadera y los antecedentes de displasia. Los signos



de Ortolani, Barlow y Telescoping fueron estadísticamente significativos ($P < 0,0001$), y fueron variables que se relacionaron estrechamente con las displasias ($P: 0,000$).

En este estudio nos muestra la valoración física del recién nacido con la maniobra de exploración de Barlow en los niños participaron siendo 82 de ellos el 74,4% fueron negativa la prueba, el 18,3% fue positiva y el 7,3% fue dudoso la confirmación de displasia de cadera

Tabla 10. Valoración de la limitación de abducción a partir del 1er mes relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Valoración de la limitación de abducción	Grado de displasia desarrollo cadera						Total	
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Negativo	62	75,6	1	1,2	0	0	63	76,8
Positivo	0	0	10	12,2	6	7,3	16	19,5
Dudoso	2	2,4	1	1,2	0	0	3	3,7
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal} = 73,739$$

$$P = 0,000$$

Prueba es **significativa**

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$Gl = 4$$



Tabla 10 nos muestra la valoración de la limitación de abducción con exploración de la limitación en los niños menores de 12 meses que participaron siendo 82 de ellos el 76,8% fue negativa la prueba, el 19,5% fue positiva y el 3,7% fue dudoso.

En los niños / niñas con la valoración física con la limitación funcional con abducción positiva fueron el 19,5% y al relacionarlo con el grado de displasia de cadera el 12,2% presentaron grado I de displasia de cadera displasia simple y el 7,3% presentaban grado II de displasia de cadera subluxación en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas con la valoración física con limitación funcional con abducción negativo fueron el 78,8% y al relacionar con el grado de displasia de cadera se tuvo en el 75,6% no presentaban displasia de cadera y en el 1,2% presentaron displasia de Grado I, displasia siempre en niños de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al ejecutar el análisis estadístico para determinar la valoración de la limitación funcional con abducción asociado con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado, la prueba fue correcta el 95% de las veces. Hemos concluido que es aceptable una tasa de error menor de $p < 0,05$, siendo un valor X^2_{cal} de 73,729 mayor que el valor X^2_{tab} de 9,488, con un nivel de significancia de $P = 0,000$ y un valor Gl de 4, siendo significativo el indicador dando cuenta que la valoración física con limitación funcional de abducción está relacionada con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar de Juliaca. Se prueba la hipótesis planteada.



En la actual se encontró que el 19% tenía dificultad en la abducción, con menor prevalencia según el estudio realizado por Sarango. (19). En el estudio, esto es lo que encontraron: el 81 % de las personas examinadas tenían un muslo o nalga más grande que el otro. El 8 % no podía separar los muslos tanto como de costumbre. El 6 % tenía ambos problemas. De las personas que mostraban signos de DDC, casi el 70 % eran mujeres.

Según Jara. (21). Se demostró que la historia clínica de trastornos displásicos de cadera, que incluían tono muscular, restricción de la abducción, discrepancia de miembros inferiores, síntomas de Ortolani, Barlow y de telescopía, estaba relacionada con una asociación estadísticamente significativa ($P: <0,0001$).

En este estudio nos muestra la valoración de la limitación de abducción con exploración de la limitación en los niños que participaron siendo 82 de ellos el 76,8% fue negativa la prueba, el 19,5% fue positiva y el 3,7% fue dudoso.

Tabla 11. Valoración con maniobra de exploración de Galeazzi relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Valoración con maniobra de exploración de Galeazzi	Grado de displasia desarrollo cadera							
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxacion		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Negativo	64	78,1	10	12,2	1	1,2	75	91,5
Positivo	0	0	2	2,4	5	6,1	7	8,5
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$X^2_{cal}= 49,981$

$P=0,000$

Prueba es **significativa**

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

$Gl=2$



Tabla 11 nos muestra la valoración con exploración física de la prueba de Galeazzi en los niños menores de 12 meses que participaron de la investigación siendo 82 de ellos el 91,5% fue negativa la prueba, el 8,5% fue positiva la prueba de Galeazzi.

En los niños / niñas con la valoración física con la prueba de Galeazzi positiva fueron el 8,5% y al relacionar con el grado de displasia de cadera se obtuvo en el 6,1% presentaban grado II de displasia de cadera subluxación y el 2,4% con grado I de displasia de cadera displasia simple y en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas con la valoración física con la maniobra de Galeazzi negativo fueron el 91,5% y al relacionar con el grado de displasia de cadera de ello en el 78% no presentaban displasia de cadera, el 12,2% presentaron displasia Grado I y el 1,2% con Grado II de displasia de cadera en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al ejecutar el análisis estadístico para determinar la valoración del examen físico con la maniobra de Galeazzi relacionado con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado, la prueba fue correcta el 95% de las veces. Logramos un pequeño margen de error de $p < 0,05$, con un valor X^2_{cal} de 80,436, que es superior al valor X^2_{tab} de 49,981. Además, tenemos un nivel de significación de $P = 0,000$ y un valor $G.I$ de 4, siendo significativo el indicador dando cuenta que la valoración física con la maniobra de Galeazzi está relacionado con el grado de displasia de cadera en niños de 12 meses del P.S. Mariano Melgar. Se prueba la hipótesis planteada.



Sarango. (19). A partir de esta investigación, descubrimos que una gran parte de las personas examinadas, aproximadamente el 81%, presentaba irregularidades en la forma de los muslos y los glúteos. Un grupo más pequeño, el 8%, tenía un movimiento limitado hacia afuera, mientras que una pequeña parte, el 6%, presentaba ambos problemas. De las personas que mostraron signos de DDC, la mayoría eran mujeres, alrededor del 69,2%.

En este estudio nos muestra la valoración con exploración física de la prueba de Galeazzi en los niños que participaron de la investigación siendo 82 de ellos el 91,5% fue negativa la prueba, el 8,5% fue positiva la prueba de Galeazzi.

Tabla 12. Referencia a especialista relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Referencia a especialista	Grado de displasia desarrollo cadera							
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin referencia	62	75,6	0	0	0	0	63	75,6
Referido especialista	2	2,5	12	14,6	6	7,3	20	24,4
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal} = 71,494$$

$$P = 0,000$$

Prueba es **significativa**

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

$$Gf = 2$$



La tabla 12 nos muestra según la valoración con exploración física se ha referido a especialista siendo principalmente al traumatólogo para descartar o confirmar el Diagnóstico de displasia de cadera en los niños de 12 meses que participaron de la investigación siendo 82 de ellos el 75,6% no fueron referidos a especialista y el 24,4% fueron referidos a especialista.

En los niños / niñas que fueron referidos a especialista fueron el 24,4% y al relacionar con el grado de displasia de cadera se obtuvo en el 14,6% presentaban grado I de displasia de cadera displasia simple, el 7,3% con grado II de displasia de cadera subluxación y el 2,5% no presentaron displasia de cadera en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas que no fueron referidos fueron el 75,6% y al relacionar con el grado de displasia de cadera de ello el total el 75,6% no presentaban displasia de cadera en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al realizar el análisis estadístico para determinar si la referencia al especialista está asociada con el grado de displasia en de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado, la prueba fue correcta el 95% de las veces. Para nosotros, es aceptable una tasa de error moderada de $p < 0,05$. El valor de X^2_{cal} es 71,494, que es mayor que el valor de X^2_{tab} de 5,992. El umbral de significación se establece en $P = 0,000$ y el valor de $G1$ es 2, siendo significativo el indicador dando cuenta que la referencia al especialista está relacionada con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar de Juliaca. Se prueba la hipótesis planteada.

En el Perú, alrededor del 5% de los recién nacidos tiene DDC. Es crucial realizar una detección temprana, por lo que se aconseja evaluar a los bebés en las primeras



cuatro semanas de vida. En caso de sospecha de displasia, es habitual que se derive al paciente a un especialista para su confirmación a través de exámenes físicos y estudios de imagen, aunque no hay datos precisos sobre la frecuencia de estas derivaciones.

En este estudio nos muestra según la valoración con exploración física se ha referido a especialista siendo principalmente al traumatólogo para descartar o confirmar el Diagnóstico de displasia de cadera, el 75,6% no fueron referidos a especialista y el 24,4% fueron referidos a especialista.

Tabla 13. Examen de rayos x relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Examen de rayos X	Grado de displasia desarrollo cadera						Total	
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
No se le realizo	60	73,2	0	0	0	0	60	73,2
Se le realizo	4	4,9	12	14,6	6	7,3	22	26,8
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal} = 62,989$$

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

$$P = 0,000$$

$$G I = 2$$

Prueba es **significativa**



La tabla 13 nos muestra la realización del examen de rayos X en los niños menores de 12 meses que participaron de la investigación siendo 82 de ellos el 73,2% no se les indico el examen de Rayos X y el 26,8% se le realizo el examen de Rayos X.

En los niños / niñas con a quienes se les aplico el examen de Rayos X fueron el 26,8% y al relacionar con el grado de displasia de cadera se obtuvo en el 14,6% presentaban Grado I de displasia de cadera displasia simple, el 7,3% con displasia Grado II de subluxación y el 4,9% no tuvieron displasia de cadera displasia simple y en niños de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas a quienes no se les realizo el examen de Rayos X fueron el 73,2% y al relacionar con el grado de displasia de cadera de ellos en el total del 73,2% no presentaban DDC, en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al realizar el análisis estadístico para determinar el examen de Rayos X está asociado con el grado de displasia en de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado, la prueba fue correcta el 95% de las veces. Para nosotros, es aceptable una tasa de error moderada de $p < 0,05$. El valor de X^2_{cal} es 49,981, que es mayor que el valor de X^2_{tab} de 5,992. El umbral de significación se establece en $P = 0,000$ y el valor de G_I es 2, siendo significativo el indicador dando cuenta que el examen de rayos X está relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar de Juliaca. Se prueba la hipótesis planteada.



En el presente estudio se encontró que más del 26% fueron referidos para toma de Rayos X con ello se logró confirmar el diagnóstico apoyado en la valoración física y otros criterios, estudios como el realizado por Sarmiento- Piñeros, et al. (9). Encontró que la toma de radiografía facilita un adecuado diagnóstico de la displasia del desarrollo de caderas en niños menores evitando la toma de múltiples radiografías.

Tabla 14. Examen de ecografía funcional de caderas relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Examen de ecografía funcional de caderas	Grado de displasia desarrollo cadera							
	Sin displasia		Grado I Displasia simple		Grado II Subluxación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No se le realizo	64	78,1	6	7,3	1	1,2	71	86,6
Se le realizo	0	0	6	7,3	5	6,1	11	13,4
Total:	64	78,1	12	14,6	6	7,3	82	100,0

Fuente: Entrevista y recolección de datos del DDC

$$X^2_{cal}= 48,997$$

$$P=0,000$$

Prueba es **significativa**

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

$$Gf=2$$



La tabla 14 nos muestra la realización del examen de la ecografía funcional de las caderas en los niños menores de 12 meses en los 82 que participaron de la investigación el 86,6% no se le realizaron el examen de ecografía funcional de cadera y el 13,4% se les realizó el examen de ecografía.

En los niños / niñas con a quienes se les realizó el examen de ecografía funcional de caderas fueron el 13,4% y al relacionar con el grado de displasia de cadera se obtuvo en el 7,3% presentaban Grado I de displasia de cadera displasia simple y el 6,1% con displasia Grado II de subluxación en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

En los niños / niñas a quienes no se les realizó el examen de ecografía funcional de caderas fueron el 86,6% y al relacionar con el grado de displasia de cadera de ellos en el 77,8% no presentaban displasia de cadera, el 7,1% tuvieron displasia leve de cadera, y el 1,2% tuvieron grado II de displasia en niños de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar.

Al realizar el análisis estadístico para determinar el examen de ecografía funcional de cadera está relacionado con el grado de displasia en menores de 12 meses del P.S de Mariano Melgar realizamos un estudio utilizando una prueba de matemáticas especial llamada chi-cuadrado, la prueba fue correcta el 95% de las veces. Hemos decidido aceptar una tasa de error baja de $p < 0,05$, siendo $X^2_{cal} = 48,997$ mayor que $X^2_{tab} = 5,992$, con $Gl = 2$ y un umbral de significancia de $P = 0,000$, siendo significativo el indicador dando cuenta que el examen de ecografía funcional de caderas está relacionado con el grado de DDC en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar de Juliaca. Se prueba la hipótesis planteada.

No se halló información concreta sobre la frecuencia de ecografías funcionales para la displasia de cadera en niños de 12 meses. Se subraya la relevancia de la



detección temprana, sugiriendo que se realicen ecografías entre las 4 y 6 semanas de vida en bebés con indicios de displasia. Esto posibilita intervenciones no invasivas, como el uso de arneses ortopédicos, que pueden corregir la afección y evitar complicaciones a largo plazo.

En este estudio nos muestra la realización del examen de ecografía funcional de las caderas en los niños el 86,6% no se le realizaron el examen de ecografía funcional de cadera y el 13,4% se les realizó el examen de ecografía



Tabla 15. Grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar.

Grado de displasia de cadera	fi	%
Sin displasia	64	78,0
GRADO I Displasia Simple:	12	14,6
GRADO II, Subluxación	6	7,3
Total:	82	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos del DDC.



En la Tabla 15 que permitió identificar el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses en el 78% no presentaron displasia de cadera, el 14,6% presentaron displasia de cadera grado I o displasia simple y el 7,3% presentaban displasia de cadera Grado II o subluxación de cadera.

En Perú, aproximadamente el 5% de los neonatos presenta DDC, con una prevalencia del 21.8% reportada en un estudio realizado por Romo. (16). Según Sarmiento. (9). Entre los casos diagnosticados, el 29.4% eran bilaterales, mientras que el 35.3% afectaba a la cadera derecha y el 35.3% a la izquierda. Es fundamental realizar una detección temprana para prevenir. complicaciones a largo plazo.

En el actual estudio se halló que más del 20% se consideró displasia, pero solo el 7,3% es una displasia con subluxación, estudios como el realizado por

En este estudio se permitió identificar el grado de displasia de cadera en niños en el 78% no presentaron displasia de cadera, el 14,6% presentaron displasia de cadera grado I o displasia simple y el 7,3% presentaban displasia de cadera Grado II o subluxación de cadera



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** La valoración oportuna de Enfermería está relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, en la historia familiar y la valoración del examen físico da como resultados estadísticos significativos con un valor de $p < 0,05$. (Tabla del 1 al 15) se acepta la hipótesis general propuesta
- SEGUNDA:** La valoración de la historia familiar con el 22% fueron niños de 11 meses, con el 59,8% de sexo femenino, con el 73,2% de parto cefálico, con el 43,9% con peso de nacimiento de 2,500 a 3,500 gramos, con el 39% parto por cesárea, con el 45,1% hijos de madres primerizas y en el 6,1% con antecedentes genéticos y tiene relación con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses del Puesto de Salud Mariano Melgar con resultados estadísticos significativos con un valor de $p < 0,05$. (Tabla del 1 al 7) se acepta la hipótesis específica
- TERCERA:** La valoración con exploración física, el 20,7% fue positivo a la maniobra de Ortolani, con el 18,3% fue positivo con la maniobra de Barlow, con el 19,5% fue positivo la valoración de abducción, con el 8,5% fue positivo en la valoración de Galeazzi, en el 24,4% de niños fueron referidos al especialista, en el 26,8% se les realizó examen de Rayos X y en el 13,4% se les realizó la ecografía de funcionalidad de caderas, tiene relación con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, con



resultados estadísticos significativos con un valor de $p < 0,05$ con la prueba del X^2 . (Tabla del 8 al 14) se acepta la segunda hipótesis específica propuesta

CUARTA: El grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses del P.S. Mariano Melgar el 78% no presentaron displasia de cadera, el 14,6% presentaron displasia de cadera grado I o displasia simple y el 7,3% presentaban displasia de cadera Grado II o subluxación de cadera



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al director del Puesto de Salud Mariano Melgar coordinar con la Jefa de la estrategia de crecimiento y desarrollo para que realicen la mayor cantidad de controles en el recién nacido para detectar los casos oportunamente para ser referidos al hospital para confirmar o descartar los casos de displasia del desarrollo de cadera para que reciban pronto tratamiento y evitar las consecuencias que puedan ser irreversibles.
- SEGUNDA:** A la responsable de la estrategia sanitaria del crecimiento y desarrollo valorar adecuadamente todos los antecedentes de riesgo familiares, del parto que orienten hacia un diagnóstico de detección de casos de displasia de cadera para brindar la atención y resolución oportuna.
- TERCERA:** A las licenciadas de enfermería del consultorio de crecimiento y desarrollo que realizan el examen físico como parte de la valoración del estado de salud del niño para aplicar correctamente las maniobras de exploración física y puedan captar los casos de displasia del desarrollo de cadera con la referencia oportuna del especialista y pueda el niño derivado recibir oportunamente el tratamiento
- CUARTA:** A la responsable de la estrategia sanitaria del crecimiento y desarrollo en coordinación con la madre de los niños identificados con displasia del desarrollo de cadera brindar los cuidados y orientaciones necesarias para sus controles, seguimiento y pueda restablecer el problema de la displasia de cadera y evitar secuelas irreversibles.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vidal CA, Sosa J. Factores predisponentes para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica [internet] Vol. 15, Núm. 1 Enero-Junio 2013 pp. 6-8 [consultado 04 de marzo del 2024] Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/opediatrica/op2013/op131b.pdf>.
2. MINSA. Norma Técnica 040-MINSA en el 2006. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo en el niño y niña menor de 5 años. 2006.
3. MINSA. Norma Técnica 087-2010 RM 990-2010/MINSA de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo en el niño y niña menor de 5 años. 2010.
4. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años: Ministerio de Salud. Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Lima: Ministerio de Salud; 2017.
5. Carhuaz, JI. De 2015 a 2016, Pichanaki apoyó las intervenciones de enfermería del hospital para el control del crecimiento y desarrollo de niños menores de 1 año, así como la derivación oportuna y exclusión de displasia de cadera. [papel]. Naciones Unidas AC. URL: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4767>
6. 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>



7. Cuenca MJ, Gordillo PA. Prevalencia de displasia de cadera diagnosticada mediante radiografía convencional en niños de 9 a 12 meses en el Hospital Castanil Crespo. Azogues, enero-diciembre 2013. [papel]. Universidad de Cuenca; 2013.
8. Martínez V. Actividades de cuidado y duración promedio de los cuidados recibidos por niños menores de 1 año durante el seguimiento del crecimiento y desarrollo - Centro de Salud Lince, 2010.
9. Sarmiento-Piñeros A, Quevedo S. Incidencia de displasia del desarrollo de cadera. Estandarizando la radiografía con un dispositivo anti rotatorio «Orthohip». Rev Colombia. [internet]. 2022 Jul 26 [citado 2024 Mar 10];36(3):140-6. Disponible en:
<https://revistasccot.org/index.php/rccot/article/view/126>.
10. Verdezoto GS, Yip MS. Displasia del desarrollo de la cadera. RECIMUNDO, Editorial Saberes del Conocimiento. 2022;6(3):12-21. DOI: 10.26820/RECIMUNDO/6(3). junio.2022.12-21. Disponible en:
<https://recimunco.com/index.php/es/article/view/1640>.
11. Durán-Calle JJ, Guizada-Montaño JN. Correlación de displasia de cadera con factores de riesgo - 2021;62(2):1-8. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762021000200004.
12. Sentamans-Segarra S, Pino-Almero L, Mínguez-Rey MF. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de la displasia de desarrollo de cadera. Revisión documental. Rev Rol enferm. 2018 ene; 41(1):44-45. Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-170073?lang=es>
13. Moller F, 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. *Andres pediater.* [Internet]. 2022 Oct [citado 2024 Mar 18]; 93(5):624-629. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60g=es.
14. Villegas OS, Llescas MG. Factores de riesgo implicados en el desarrollo de displasia de cadera en pacientes pediátricos. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/items/877b75-4465-b082-46672dd2dbd4>
 15. Medina RY. Factores asociados a displasia de cadera en pacientes menores de 3 años atendidos en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante la pandemia por Covid-19. [tesis]. Repositorio UNAS y registro RENATI. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3152994>
<https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.10>
 16. Romo FD. Prevalencia de DDC en niños de 0 a 12 meses. [tesis]. Repositorio institucional UPLA; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2489>.
 17. Soto JK. Factores de riesgos asociado a la displasia de cadera en desarrollo en de 12 meses en el *HRPP*. [tesis]. Repositorio institucional UPLA. 2020. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20/500.12848/1319>.
 18. Puma CR. Factores de riesgo asociados a la displasia del desarrollo de cadera en lactantes de 0 a 12 meses atendidos en el servicio de Medicina Física del Hospital Regional del Cusco durante el periodo de Enero a Diciembre del 2016. [tesis]. Repositorio institucional UAP. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/2904>.
 19. Sarango JB. Atención oportuna a niños menores de 36 meses con sospecha de displasia de cadera y que reciben servicios de rayos X, Policlínico Chíncha



2019. [tesis]. Universidad Nacional Federico 48 Villareal;2019. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3975>.
20. Moya BX. Factores asociados a la displasia de cadera del desarrollo en niños menores de 1 año tratados en el Hospital EsSalud III Juliaca, 2019. [tesis]. Repositorio UCV. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57839/Moya_TBX-SD.pdf?sequence=1.
21. Jara J. Factores relacionados con displasias de caderas en niños y niñas de 2 a 24 meses. Juliaca, enero de 2014- abril Del 2015. [tesis]. 2019. UANCV. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UANT_1f3de72456ec80d405db6fcb619e5637/Description#tabnav.
22. Santi J. Factores de riesgo que se relacionan con el grado de displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 25 meses Puesto de Salud 9 de Octubre 2016. Disponible repositorio institucional UANCV.
23. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de displasia de cadera. Disponible en: <https://www.google.com/>
24. Brenes M, Flores A, Meza A. Actualización en displasia del desarrollo de la cadera. Revista Médica Sinergia vol.5 Núm. 9, 2020.
25. Asociación Española de Pediatría. Luxación congénita de cadera [Internet]. [Citado 2024 mar 16]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/48.pdf>
26. American Academy of Pediatrics. Quality Improvement Committee and Hip Dysplasia Subcommittee. Clinical practice guideline: early detection of hip dysplasia. Pediatrics 2000; 105(4): 896-905.



27. Shorter D, Hong T, Osborn DA. Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (9): CD004595.
28. Boere-Boonekamp MM, Verkerk PH. Screening for developmental dysplasia of the hip. *Semin Neonatol.* 1998; 3: 49-59.



A N E X O S



ANEXO 1: SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

base datos DISPLASIA Mariano Melgar 82.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Edad	Sexo	Parto	Sobre peso	Oligohi dramnios	Cesare a	Primer iza	Antec edente displ	Ortol a ni	Barlo w	Limita cion1 mes	Gale azz i	Refer ido	Rayo sX	Ecogr afa	GRADO
1	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
2	4	1	1	1	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
4	4	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
5	6	1	1	3	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
7	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
9	6	1	1	3	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
10	6	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
11	6	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
12	5	1	2	2	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
13	5	1	1	3	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
15	5	2	2	3	2	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
16	6	1	1	3	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
17	4	2	2	2	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
18	4	2	2	2	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
20	6	2	2	3	2	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
21	1	1	2	3	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	2	1	2	2	2	1	4	3	3	1	1	1	1	1	1
23	2	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
24	1	2	1	1	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
27	1	2	1	2	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
28	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
29	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
30	4	1	2	3	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	2	2
31	4	2	1	1	2	2	1	4	3	3	3	1	2	2	1	1
32	1	1	1	3	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2
33	6	1	1	2	2	2	1	4	3	3	3	1	2	2	1	1
34	3	1	1	3	2	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2	3
35	6	1	2	3	2	1	1	4	2	2	3	1	2	2	1	2
36	1	1	2	3	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2
37	6	1	1	2	2	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	3
38	2	1	2	3	2	1	1	4	2	2	2	1	2	2	2	2
39	1	2	2	3	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2
40	3	1	1	1	2	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	3
41	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
42	4	1	1	1	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
44	4	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
45	6	1	1	3	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1



base datos DISPLASIA Mariano Melgar 82.sav [ConjuntoDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

	Edad	Sexo	Parto	Sobre peso	Oligohi dramnios	Cesarea	Primera	Antecedente displ	Ortolani	Barlow	Limitacion1 mes	Galeazzi	Referido	RayosX	Ecografía	GRADO
46	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
47	3	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
49	6	1	1	3	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
50	6	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
51	6	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
52	5	1	2	2	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
53	5	1	1	3	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
54	1	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
55	5	2	2	3	2	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
56	6	1	1	3	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
57	4	2	2	2	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
58	4	2	2	2	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
59	1	1	1	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
60	6	2	2	3	2	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
61	1	1	2	3	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
62	1	2	1	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
63	2	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
64	1	2	1	1	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
65	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
66	1	1	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
67	1	2	1	2	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
68	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
69	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
70	4	1	2	3	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
71	4	2	1	1	2	2	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1
72	1	1	1	3	2	1	1	4	2	3	1	1	2	2	2	2
73	6	1	1	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1
74	3	1	1	3	2	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	3
75	6	1	2	3	2	1	1	4	2	2	2	2	2	2	1	2
76	1	1	2	3	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2
77	6	1	1	2	2	1	1	4	2	2	2	2	1	2	2	3
78	2	1	2	3	2	1	1	4	2	2	2	1	2	2	2	2
79	1	2	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
80	3	1	1	1	2	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	3
81	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1
82	4	1	1	1	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR, JULIACA 2024

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION	METODOLOGIA
PROBLEMA GENERAL PG. ¿Cómo es la valoración de enfermería relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, Juliaca 2024?	OBJETIVO GENERAL OG. Identificar la valoración de enfermería con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, Juliaca 2024.	HIPOTESIS GENERAL HG. La valoración oportuna de enfermería está relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, Juliaca 2024	1. Valoración oportuna de enfermería	1.1. Historia familiar en padres	1.1.1. Edad del niño/niña	a) Menor a 6 meses b) 7 meses c) 8 meses d) 9 meses e) 10 meses f) 11 meses	Diseño: No experimental Tipo: Correlacional de corte transversal Método: Deductivo Cuantitativo Población: 268 niños menores de 1 año Muestra: 82 niños Técnica: Variable 1: Entrevista Variable 2: Revisión documental/observación Historia clínica Instrumento: Variable 1: Guía de
					1.1.2. Sexo	a) Femenino b) Masculino	
					1.1.3. Presentación de parto	a) Cefálica b) Podálica	
					1.1.4. Peso del recién nacido	a) Menor de 2500grs b) 2500 a 3,500grs c) Mayor a 3,501grs	
					1.1.4. Partos por cesárea	a) Si b) No	
					1.1.5. Hijos de padres primerizas	a) Si b) No	
PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICO			1.1.6. Antecedentes de displasia en familia	a) Hermanos b) Padre c) Madre d) Ninguno	
PE1. ¿Cuál es la historia familiar relacionado con el grado de displasia de cadera en	OE1. Asociar la historia familiar con el grado de displasia de cadera en niños	HE1. La historia familiar tiene relación con el grado de displasia de cadera en					



niños menores de 12 meses? PE2. ¿Cómo es la valoración con la exploración física relacionado con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses? PE3. ¿Cuál es el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses?	menores de 12 meses	niños menores de 12 meses.		1.2. Valoración con exploración física en CRED del niño	1.2.1. Maniobra de Ortolani (en recién nacido)	a) Dudoso b) Positivo c) Negativo	entrevista a madre de niño menor de 12 meses puesto de salud mariano melgar Variable 2: Ficha de recolección datos del grado de displasia de cadera de la historia clínica o diagnóstico médico
	OE2. Determinar la valoración con exploración física que se relaciona con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses. OE3. Identificar el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses.	HE2. La valoración con exploración física está relacionada con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses. HE3. El grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses este se encuentra por encima del 13% de prevalencia.			1.2.2. Maniobra de Barlow (en recién nacido)	a) Dudoso b) Positivo c) Negativo	
					1.2.3. A PARTIR 1º MES Limitación de la Abducción	a) Dudoso b) Positivo c) Negativo	
					1.2.4. Signo de Galeazzi Test de Ober	a) Dudoso b) Positivo c) Negativo	
					1.2.5. Referencia especialidad	a) No referido b) Referido	
					1.2.6. Rayos X	a) No se le realizó b) Se le realizó	
					1.2.7. Ecografía funcional de caderas	a) No se le realizó b) Se le realizó	

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE VALORACION
2. Grados de displasia	2.1.1. Clasificación de la displasia	a) SIN DISPLASIA b) GRADO I (Displasia Simple): acetábulo poco desarrollado, pero con la cadera en su lugar. c) GRADO II (Subluxación): hipoplasia acetabular y subluxación de cadera. d) GRADO III (Luxación): Hipoplasia acetabular y cadera completamente luxado



ANEXO 3:

I
CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo del presente estudio es: Relacionar la valoración de enfermería con el grado de displasia de cadera en niños menores de 12 meses Puesto de Salud Mariano Melgar, Juliaca 2024. El estudio no genera ningún riesgo a la madre o al niño, ya que a través de preguntas deberá responder de manera sincera y de forma anónima.

El trabajo de investigación que se realizara usted debe brindar su consentimiento una vez comprendido su forma de participación y su deseo de participar en esta actividad, de manera voluntaria.

Si su respuesta es (SI), llene los siguientes datos.

Yo _____, certifico que he sido informado/a con claridad y veracidad sobre el objetivo del presente estudio de investigación y manera de participación, voy a participar libre y voluntariamente por lo que autorizo a la Srta. Bach. SHEILA GRANDE ROQUE egresada de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez en la ciudad de Juliaca, por lo que autorizo a realizarme una encuesta sobre el tiempo los riesgos y el cuestionario.

Juliaca,..... del 2024.

.....



ANEXO 4: INSTRUMENTOS

GUÍA DE ENTREVISTA A MADRE DE NIÑO MENOR DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR

Sr. Srta. Me dirijo a su persona para solicitar pueda llenar el cuestionario acerca de algunos aspectos para valorar la displasia de cadera que pudiera tener o que facilito su diagnóstico de su menor hijo.

Dándole seguridad que la información brindada es totalmente confidencial y anónima y con fines de investigación.

I. HISTORIA FAMILIAR EN PADRES

1. Edad del niño/niña

- Menor a 6 meses
 7 meses
 8 meses
 9 meses
 10 meses
 11 meses

2. Sexo

- Femenino
 Masculino

3. Presentación de parto

- Cefálica
 Podálica

4. Peso del recién nacido.

- Menor de 2500 grs
 2500 a 3,500 grs
 Mayor a 3,501 grs

5. Partos por cesárea

- Si
 No

6. Hijos de mujeres primerizas

- Si
 No

7. Antecedentes de displasia en la familia

- Hermanos
 Padre
 Madre
 Ninguno

II. VALORACIÓN CRED DEL NIÑO

8. Maniobra de Ortolani (en recién nacido)

- Dudoso
 Positivo
 Negativo



9. Maniobra de Barlow (en recién nacido)

- Dudoso
 Positivo
 Negativo

A PARTIR 1° MES

10. Limitación de la Abducción

- Dudoso
 Positivo
 Negativo

11. Signo de Galeazzi- Test de Ober

- Dudoso
 Positivo
 Negativo

12. Referencia especialidad

- No referido
 Referido

13. Rayos X

- No le realizaron
 Le realizaron

14. Ecografía funcional de caderas

- No le realizaron
 Se le dijo examen ecográfico



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE HISTORIA CLINICA DE DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA

Nº FECHA:

EDAD:

SEXO:

GRADO DE DISPLASIA IDENTIFICADA.

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

**ANEXO 5:
VALIDACION DE INSTRUMENTOS****VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS****GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.****1. Identificación del experto.**

Nombres y apellidos:

Amanda Domingo Coronado Prieto

Centro laboral

Hospital Carlos Monge Medrano

Grado:

Mención

Institución donde lo obtuvo:

Universidad Andina Nestor Caceres Velazquez

Otros estudios:

Especialista en Crecimiento y Desarrollo**2. Instrucciones.**

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	

7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				X	
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial						
Puntaje total:					60	

Nota: Índice de validación del juicio de experto (.60) = (puntaje obtenido / 75) x 100 =

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

.....
.....
.....

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Amunda Demingo Carenado Prieta.....
identificado con DNI N° 02409623..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Juliaca 25 de Abril.....del 2024.

HOSPITAL CALLOS MORALES VETERINARIO
CONSEJO REGIONAL DE INVESTIGACIÓN UANCV

Mg. Amunda Demingo Carenado Prieta
C.I. N° 22042

GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Tania Ramos Rojas

Centro laboral

Hospital Carlos Mangal Madrano

Grado:

Magister en Administración

Mención

Comunicación de Servicios de Salud

Institución donde lo obtuvo:

Universidad Nacional Andrés Boreo Valdequey

Otros estudios:

Especialidad en Salud Pública

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	



7	Los items han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9	Los items han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los items del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los items no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12	Calidad en la redacción de los items (visión general)				X	
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial						
Puntaje total:						60

Nota: Índice de validación del juicio de experto (.....) = (puntaje obtenido /75) x 100 =

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

.....

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Teresa Ramos Rojas
 identificado con DNI N° Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Juliaca 25 de Abril del 2024.

.....
Mjtr. Teresa Ramos Rojas
 Esp. Salud Pública CEP-#(M)-N° 1774
 CEP. N° 17132



GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Ibony Cutisaca Mamari

Centro laboral

P.S. MARIANO MELGAR.

Grado:

LICENCIADA

Mención

ENFERMERIA

Institución donde lo obtuvo:

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Otros estudios:

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	



8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				X	
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial						
Puntaje total:					60	

Nota: Índice de validación del juicio de experto (.60..) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 80%.

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

.....
.....
.....

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Ibony Cotisaca Mamaní
identificado con DNI N° 43919809..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Juliaca..... de del 2024.

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO
HOSPITAL DE SALUD SAN ROMÁN
PRESS I-3 MARIANO MELGAR
Ibony Cotisaca Mamaní
IBONY COTISACA MAMANÍ
EN ENFERMERÍA

ANEXO 6: AUTORIZACION DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACION



AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE TESIS

DIRECTOR (A) DEL PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR JULIACA

AUTORIZA

A la Bachiller en enfermería **SHEILA GRANDE ROQUE** de la universidad Andina "Néstor Cáceres Velázquez" de Juliaca, identificada con DNI: 74408051, **AUTORIZA**, realizar encuesta a las madres del Puesto de Salud Mariano Melgar Juliaca para el estudio denominado: " **VALORACION DE ENFERMERIA RELACIONADO CON EL GRADO DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES PUESTO DE SALUD MARIANO MELGAR JULIACA 2024**".

Juliaca, 15 de mayo del 2024

MINISTERIO DE SALUD
PUESTO DE SALUD SAN ROMAN
PRESTOS MARIANO MELGAR
Jocky Vilavilla Yllanes
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 70984 - R.N.A. 10414



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital []

Fecha de entrega: 07-01-2025

1. Datos del autor (es):

Formulario with handwritten entries: Nombres y Apellidos: SHEILA GRANDE ROQUE, Dirección: Jr. ESCALLANI N° 327, DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 7440851, Teléfono: 996521715, email: sgranderoque@gmail.com, etc.



2. Referencia de tesis:

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

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

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

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

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

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

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

Autorizo su publicación (marque con una X)

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

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

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

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

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

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

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

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

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

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

Internacional

Nacional

Línea de investigación: _____



[Handwritten signature]

Firma de Autor

huella digital

07 DE ENERO DEL 2025

Fecha