



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

**PREVALENCIA DE DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA
CADERA Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS ATENDIDOS EN
UN HOSPITAL DE VENTANILLA - PERIODO 2013-2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO TECNÓLOGO
MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

AUTOR: KATHERINE JUDITH SALAZAR ESPINOZA.

ASESOR: LIC.TM. NOEMI ESTHER CAUTIN MARTINEZ.

LIMA, PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN

KATHERINE JUDITH SALAZAR ESPINOZA.

**PREVALENCIA DE DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA
CADERA Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS ATENDIDOS EN
UN HOSPITAL DE VENTANILLA - PERIODO 2013-2017.**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciado en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y
Rehabilitación.

LIMA – PERÚ

2018

Se dedica este trabajo a:

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este objetivo y haberme dado salud para lograr mis metas.

A mis padres que son mi pilar fundamental, por haberme dado educación, una buena crianza y haberme inculcado valores que hoy definen mi vida, por su incondicional apoyo en toda esta etapa que solo es el comienzo de un gran futuro por venir.

A mis hermanas Nicole y Adamari por ser la mayor fuente de motivación y al mismo tiempo las impulso a mantener una visión de éxito en sus vidas mediante el estudio continuo.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis:

A la Universidad Alas Peruanas la cual me abrió sus puertas para formarme profesionalmente y haber posibilitado una oportunidad de superación y aprendizaje que garantizan un éxito personal y profesional.

Al personal docente quienes me incentivaron en muchos sentidos a seguir adelante, con su amabilidad incondicional y desinteresada que supieron brindar sus conocimientos y experiencias hasta llegar a feliz término de mi carrera.

Epígrafe:

La vida es una obra teatral que no importa cuánto haya durado, sino lo bien que haya sido representada.

Séneca

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo Retrospectivo de corte transversal, el objetivo fue establecer la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera y factores asociados en niños atendidos en un Hospital de Ventanilla - periodo 2013-2017. Los resultados muestran que 184 niños presentaron displasia del desarrollo de cadera con un 61,3%, mientras que 116 niños no presentaron displasia del desarrollo de la cadera con un 38,7% del total, la forma de presentación del parto se dio en forma podálica con un 64,1% y final de forma cefálica con un 35,9%, considerando el factor hormonal como relevante el SBHL con un 58,2%, seguido de hiperlaxitud ligamentaria con un 41,8%, respecto a la edad se dio en el rango de 6 meses a 1 año de edad con un 53,2%, el factor genético se dio en los abuelos con un 48,3%, seguido del padre con 34,8% y finalmente los de la madre con un 16,9%, el número de partos se dio en los que fueron de parto Primigesta con un 63,6%, seguido los de parto múltiparas con un 36,4%, respecto al producto macrosómico se dio en los que tenían 4000 Kg. con un 47,3%; seguido los de 3500 Kg con un 34,2% y finalmente los que tenían 2900 Kg. con un 18,5%, la edad de la madre se dio en el rango de 15 a 20 Años con el 51,6%, seguido del rango de 21 a 30 años con un 29,9% y finalmente los que tenían entre 31 a 40 años con un 18,5%.

Palabras Clave: Displasia del desarrollo de la cadera; Factor hormonal; Factor genético; Oligohidramnios, macrosómico.

ABSTRACT

The type of study carried out was descriptive Retrospective of cross section, the objective was to establish the prevalence of dysplasia of the hip development and associated factors in children treated in a Hospital de Ventanilla - period 2013-2017. The results show that 184 children presented dysplasia of the hip development with 61.3%, while 116 children did not present hip development dysplasia with 38.7% of the total, the form of presentation of the delivery occurred in the form breech with 64.1% and cephalic ending with 35.9%, considering the hormonal factor as relevant the SBHL with 58.2%, followed by ligamentous hyperlaxity with 41.8%, with respect to age. gave in the range of 6 months to 1 year of age with 53.2%, the genetic factor occurred in grandparents with 48.3%, followed by the father with 34.8% and finally those of the mother with a 16.9%, the number of births occurred in those who were in childbirth Primigesta with 63.6%, followed by multiparous labor with 36.4%, with respect to the gross product occurred in those who had 4000 Kg. with 47.3%; followed by 3500 kg with 34.2% and finally those with 2900 kg with 18.5%, the age of the mother was in the range of 15 to 20 years with 51.6%, followed by the range from 21 to 30 years with 29.9% and finally those who were between 31 to 40 years old with 18.5%.

Palabras Clave: Dysplasia of the development of the hip; Hormone factor; Genetic factor; Oligohydramnios, macrosomi

INDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
LISTA DE TABLAS	11
LISTA DE FIGURAS	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema general	15
1.2.2. Problemas específicos.....	15
1.3. Objetivos de la investigación	16
1.3.1. Objetivo general:.....	16
1.3.2. Objetivos específicos:	16
1.4. Justificación	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1. Bases Teóricas	19
2.1.1. Anatomía de cadera	19
2.1.2. Displasia de cadera	20
2.1.3. Clasificación de displasia de cadera:	21
2.1.4. Epidemiología de displasia de cadera	23
2.1.5. Embriología de displasia de cadera	23
2.1.6. Etiología de displasia de cadera	24
2.1.7. Factores de Riesgo de displasia de cadera	26
2.2. Antecedentes de la Investigación.....	28
2.2.1. Antecedentes internacionales	28
2.2.2. Antecedentes nacionales:	33

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	37
3.1. Diseño del Estudio	37
3.2. Población	37
3.2.1. Criterios de Inclusión	37
3.2.2. Criterios de Exclusión	37
3.3. Muestra.....	38
3.4. Operacionalización de Variables	39
3.5. Procedimientos y Técnicas	40
3.6. Plan de análisis de datos	40
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS	41
4.1 Resultados estadísticos	41
4.1.1. Características de la muestra	41
4.1.2. Prevalencia de displasia del desarrollo de cadera en niños.	42
4.1.3. Prevalencia de displasia del desarrollo de cadera en niños respecto a la forma de presentacion del parto.....	43
4.1.4. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al factor hormonal.....	44
4.1.5. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera por grupos etéreos.....	45
4.1.6. Prevalencia de displasia del desarrollo dela cadera en niños de la muestra por sexo.....	46
4.1.7. Prevalencia de displasia del desarrollo dela cadera en niños respecto al factor genético.....	47
4.1.8. Prevalencia de displasia del desarrollo dela cadera en niñosrespecto al numero de partos.....	48

4.1.9. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al producto macrosómico.	49
4.1.10. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto a la edad materna.	50
4.2 Discusión de Resultados.....	51
4.3 Conclusiones	54
4.4 Recomendaciones	56
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXO Nº 1 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	62
MATRIZ DE CONSISTENCIA	63

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Edad de la muestra.....	41
Tabla 2: Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños.....	42
Tabla 3: Distribucion respecto a la forma de presentacion del parto	43
Tabla 4: Distribucion de la muestra respecto al factor hormonal	44
Tabla 5: Distribución por grupos etéreos	45
Tabla 6: Distribución de la muestra por sexo.....	46
Tabla 7: Distribución de la muestra respecto al factor genético.....	47
Tabla 8: Distribución de la muestra respecto al número de partos	48
Tabla 9: Distribución respecto al producto macrosómico.	49
Tabla 10: Distribución de la muestra respecto a la edad de la madre	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños	42
Figura 2. Distribucion respecto a la forma de presentacion del parto.....	43
Figura 3. Distribucion de la muestra respecto al factor hormonal.....	44
Figura 4. Distribución de la muestra por grupos etéreos	45
Figura 5. Distribución de la muestra por sexo	46
Figura 6. Distribución de la muestra respecto al factor genético	47
Figura 7. Distribución de la muestra respecto al números de partos.....	48
Figura 8. Clasificación de la muestra respecto al producto macrosómico	49
Figura 9. Distribución de la muestra respecto a la edad de la madre.....	50

INTRODUCCIÓN

La displasia de cadera (EDC), es considerada un problema de salud pública, en los países desarrollados esta entidad clínica indirectamente califica la actuación de los servicios de salud de una nación. En nuestro continente, los países más avanzados en sus sistemas de salud han elaborado guías Clínicas para este problema, en un intento de reducir al mínimo su prevalencia. En países del Reino Unido y América latina es obligatorio descartar su presencia en niños de tres meses de edad, pero desafortunadamente en nuestro país un gran porcentaje de niños aun presentan estas secuelas, porque el diagnóstico no se realiza en forma oportuna y eso conlleva a las consecuencias en el ámbito psicomotor, sensorial, funcional, educacional en la adolescencia. Es por ello imprescindible que se instauren medidas de prevención en forma oportuna a fin de disminuir las discapacidades por falta de diagnóstico y tratamiento oportuno.

CAPITULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Desde 1994 la Academia Americana de Pediatría y la Académica de Cirugía Ortopédica de Norteamérica, cambiaron el término de displasia y luxación congénita de cadera por el de Displasia del Desarrollo de Cadera (DDC), puesto que esta no ocurre necesariamente de manera congénita si no en un momento posterior. La DDC abarca un espectro de trastornos patológicos que van desde inestabilidad leve hasta luxación franca con un acetábulo mal formado. Esta afecta al 1-3% de los recién nacidos y el retraso en el diagnóstico significa que se necesitarán tratamientos más complejos con mayores tasas de fracaso, por lo que es esencial un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado y oportuno (1-2).

En la comunidad Europea la prevalencia actual de la patología oscila de 0.8 a 1.6 casos por cada 1000 nacido vivo en países desarrollados, pero con altas tasas que fluctúan de 10 a 100 casos por cada 1000 nacidos entre las comunidades étnicas en donde los niños son tradicionalmente vestidos con sus caderas en extensión y aducción; como lo son los indios de Suecia, Noruega, Finlandia y Rusia o los indios nativos de Norteamérica, y siendo caso inexistente entre las comunidades afroamericanas, chinas, y en algunas comunidades latinoamericanas en las que los recién nacidos son transportados con las caderas en flexión y abducción.” (3)

En Francia, Holanda e Italia describen una frecuencia de 1,7 por 1 000 nacidos vivos. En Asia (excepto en Japón que describe estadística similar a Europa) y en África es extremadamente rara (4).

En nuestro continente, los países más avanzados en sus sistemas de salud han elaborado guías clínicas para este problema, en un intento de reducir al mínimo su prevalencia. En Estados Unidos de Norteamérica, Argentina, Venezuela, España y en Chile, es obligatorio descartar su presencia en los niños de tres meses de edad (5).

En Chile su incidencia se estima en 1 cada 500 a 600 recién nacidos vivos (RNV), para las formas de subluxación y luxación, lo que se traduce entre 400 y 460 casos al año a lo largo del país (6). En Cuba la relación es de aproximadamente 3-4 por 1 000 (7) desafortunadamente países como México un gran porcentaje de niños todavía presentan estas secuelas, porque el diagnóstico no se realiza en forma oportuna (5)

En el Perú esta es la misma realidad, que a pesar de su alta incidencia y su impacto en la discapacidad temprana y tardía en la población que no fue diagnosticada en su debido tiempo, tampoco es considerada un problema de salud pública.

En las primeras investigaciones en el servicio de Ortopedia infantil del Hospital del Niño, se llegó a determinar 1-1.5% de displasia en la población peruana de niños con predominio en el sexo femenino (85%) y 4x1000 para la luxación congénita de la cadera (8).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera y factores asociados en niños atendidos en un Hospital de Ventanilla - periodo 2013-2017?

1.2.2. Problemas específicos

P1. ¿Cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de Ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a la Forma de presentación del parto?

P2. ¿Cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Factor hormonal?

P3: ¿Cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Factor genético?

P4. ¿Cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Producto macrosómico?

P5. ¿Cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al número de partos?

P6. ¿Cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al sexo?

P7. ¿Cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a Edad materna avanzada?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera y factores asociados en niños atendidos en un Hospital de Ventanilla - periodo 2013-2017.

1.3.2. Objetivos específicos

O1. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de Ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a la Forma de presentación del parto.

O2. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Factor hormonal.

O3. Establecer la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Factor genético.

O4. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al número de partos.

O5. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Producto macrosómico.

O6. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al sexo.

O7. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a Edad materna avanzada.

1.4. Justificación

La displasia del desarrollo de la cadera es considerada actualmente la patología más frecuente en la Ortopedia Pediátrica, y debido a su amplia distribución a nivel mundial, principalmente en países en vías de desarrollo, es importante conocer su incidencia como los factores de riesgo tanto predisponentes como precipitantes que pueden favorecer la presencia de la misma (9), la finalidad de esta investigación es establecer la prevalencia de la displasia de cadera en niños y conocer los distintos factores de riesgo asociados, lo cual permitirá llevar un adecuado diagnóstico y posteriormente óptimo tratamiento que permitirá reducir las secuelas que pudieran limitar a futuro la realización de las actividades de la vida diaria, pues si esta patología no se corrige en forma adecuada, causará discapacidad física importante en la adultez (10) y considerará un importante problema en la sociedad.

Los resultados obtenidos de esta investigación serán de gran utilidad a todos los profesionales involucrados, pues permitirán realizar diagnósticos tempranos y reconocimiento de factores de riesgo que permitirán crear estrategias dirigidas a disminuir las cifras de prevalencia.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Anatomía de cadera

La cadera es una articulación diartrodial, esto significa que existe una cabeza femoral esférica que se articula con un acetábulo de forma recíproca, la cavidad articular está revestida con membrana sinovial y reforzada por ligamentos y musculatura circundante. Por lo tanto, posee un rango considerable de movimiento y estabilidad es posible (11).

La cadera está formada por el acetábulo, la cabeza femoral y las partes blandas que comprenden la cápsula articular, el labrum, el ligamento redondo y el tejido pulvinar.

El acetábulo es una cavidad hemisférica formada por el cartílago acetabular, el cartílago trirradiado, el isquion y el ilion. El cartílago acetabular se continúa medialmente con el cartílago trirradiado y forman conjuntamente el complejo cartilaginoso acetabular (12). Ambos separan el ilion, el isquion y el pubis. El cartílago acetabular forma los 2 tercios externos; mientras que el cartílago trirradiado, el ilion y el isquion forman el tercio medial no articular. El cartílago trirradiado es el responsable del crecimiento del acetábulo y del hueso innominado, manteniendo la relación con el crecimiento de la cabeza femoral. La concavidad del acetábulo se desarrolla por la presencia de la cabeza femoral convexa (13).

En el interior del acetábulo encontramos el pulvinar, tejido fibroadiposo que cubre su parte no articular (12). El ligamento redondo (ligamentum teres) une la cabeza femoral al fondo acetabular. En la periferia del acetábulo se implanta el labrum, un fibrocartílago de forma triangular y disposición circunferencial que incrementa la profundidad del acetábulo. El tamaño relativo del labrum respecto a la cabeza femoral es mayor en la infancia que en la vida adulta, lo cual refleja la importancia del labrum en la estabilidad de la cadera pediátrica. El labrum se dispone en toda la periferia del acetábulo excepto en la región inferior, donde se encuentra el ligamento transverso. La cápsula articular se inserta en la cara externa del hueso ilíaco, inmediatamente adyacente al labrum (14).

Por su parte, el fémur proximal está formado al nacimiento solo por cartílago. Un istmo cartilaginoso conecta a lo largo del borde lateral del cuello femoral, las placas de crecimiento femoral y trocantérica. El centro de osificación de la cabeza femoral aparece aproximadamente a los 6 meses de edad, mientras que el centro de osificación del trocánter mayor lo hace a los 5-6 años de edad (13).

2.1.2. Displasia de cadera

En la cadera displásica se producen cambios de magnitud variable, tanto en el acetábulo como en el fémur proximal y en las partes blandas. Las modificaciones ocurren con el tiempo, debido a la edad y a la carga, y conllevan cambios adaptativos en la articulación (13).

La cápsula articular aparece distendida, el ligamento redondo se encuentra aplanado, el ligamento transverso se encuentra ascendido y

retraído, el acetábulo pierde su forma y en la mayoría de los casos se encuentra verticalizado y ovalado, a medida que la cabeza femoral migra hacia arriba, el labrum se vuelve evertido y aplanado (4).

El crecimiento del acetábulo se altera en ausencia de una cabeza femoral normalmente localizada. El acetábulo se vuelve poco profundo y la pendiente del techo se vuelve más pronunciada. Si la cabeza femoral se disloca, las fibras capsulares inferiores y el ligamento acetabular transverso se tiran hacia arriba sobre la cavidad vacía. El tercio del ligamento se engrosa, y el zócalo se llena de tejido fibrófito conocido como pulvinar. La interposición de tejido capsular o tejido labral invertido puede presentar bloqueos mecánicos para la reducción de la cabeza femoral. El tejido fibroso se desarrolla y se funde con el cartílago hialino en el borde del acetábulo. Este tejido fibroso es una estructura patológica conocida como limbo, y también puede contribuir al fracaso de la reducción concéntrica de cadera (15).

En la dislocación de cadera no tratada puede formarse un neoacetabulum en el hueso ilíaco por encima de la articulación nativa. El crecimiento acetabular se ve afectado en la mayoría de las luxaciones completas de cadera cuando no hay contacto con la cabeza femoral. En estos casos, tanto las columnas anteriores como las posteriores del acetábulo son atrofiadas debido a la falta de estimulación por presión (15).

2.1.3. Clasificación de displasia de cadera:

Cuando se menciona DDC se debe distinguir tres situaciones posibles:

- **Displasia:** Es una situación en la que existe una alteración del crecimiento a nivel de las estructuras anatómicas, incluidas partes blandas de la articulación de la cadera y de la osificación acetabular y/o femoral (4).
- **Subluxación:** En este caso se aprecia que la cabeza femoral no está reducida concéntricamente, aunque persiste un contacto entre las superficies articulares de la cabeza y del acetábulo, si bien en una posición anómala, ya que la cabeza femoral se suele encontrar ascendida y lateralizada (9).
- **Luxación:** Es aquella situación en la que no existe contacto entre las superficies articulares de la cabeza femoral y acetábulo se distinguen dos tipos diferentes de luxación de la articulación: a) La teratológica o prenatal se presenta ya en el momento de nacer, puede ser una anomalía única o puede estar asociada a otras malformaciones y b) La típica que ocurre al nacer o poco después de nacer (16)

La luxación típica se divide en:

a) cadera luxada, en ésta, la cabeza del fémur se encuentra completamente desplazada del acetábulo, b) cadera luxable, donde la cabeza se encuentra en el acetábulo, pero puede ser desplazada completamente con una maniobra, para después volver a reducirse (es más frecuente) y c) cadera subluxable en donde la cabeza femoral se encuentra dentro del acetábulo, pero se puede provocar su desplazamiento sin sacarlo de esta cavidad completamente (17).

2.1.4. Epidemiología de displasia de cadera

La incidencia de DDC es controvertida y mantiene una relación estricta con variaciones geográficas y raciales. En algunas áreas del mundo, ocurre una incidencia endémica alta, mientras que en otros lugares la DDC es casi inexistente. La incidencia de DDC varía con la raza y el género, esta puede variar entre 1 por 100 nacimientos en las poblaciones seleccionadas clínicamente a 80 por 1000 en las poblaciones seleccionadas por ecografía (15). Se tiene que tener en cuenta que, durante el primer mes de vida, ningún signo es patognomónico de DDC por lo que la imagenología (ecografía/radiografía) es fundamental para el diagnóstico (18).

La incidencia de DDC también varía, según presencia o ausencia de factores de riesgo, entre 1,5 a 20,7 por cada 1.000 nacidos vivos (10). Aunque en la mayoría de los casos no se identifican factores de riesgo, la presencia de uno o más de ellos, aumenta significativamente la probabilidad de presentarla, pudiendo llegar hasta un 12% en recién nacidos de sexo femenino con antecedente de presentación podálica (18).

En las naciones desarrolladas la frecuencia es de aproximadamente 2-3 casos por cada 1.000 recién nacidos vivos y en aquellas en desarrollo varía entre 4-14 por cada 1.000 recién nacido. Su frecuencia es mayor en el sexo femenino y es más frecuente en la cadera izquierda (19).

2.1.5. Embriología de displasia de cadera

Embriológicamente todos los componentes de la articulación de la cadera se originan a partir de un solo bloque de tejido mesenquimal.

Durante la séptima semana de gestación aparece una hendidura en las células precartilaginosas y en la undécima semana esta hendidura separa el acetábulo y la cabeza femoral (15).

El desarrollo de la cabeza acetabular y femoral continúa a lo largo de la vida intrauterina, pero la cabeza femoral crece desproporcionadamente más rápido de modo que al nacer, la cobertura relativa de la cabeza femoral por el acetábulo es mínima. Sin embargo, a las pocas semanas de nacido, el crecimiento labral se acelera, lo que da lugar a una mayor cobertura de la cabeza femoral. Es durante el período perinatal y durante varios meses después del nacimiento que la cabeza femoral tiene el menor soporte estructural del acetábulo y la cápsula de cadera y está en mayor riesgo de subluxación o dislocación (20).

Si una dislocación se encuentra en el período del recién nacido puede ser fácilmente reducido. Sin embargo, si se permite que persista la subluxación o dislocación, ocurren cambios adaptativos dentro de las estructuras de la cadera, lo que dificulta la reducción concéntrica de la cabeza femoral (15).

2.1.6. Etiología de displasia de cadera

No existe una causa única que explique la DDC y en más del 50% de casos la etiología es desconocida. Al nacimiento, la articulación de la cadera es más “luxable” que “luxada”. La DDC suele desarrollarse después del parto y por lo tanto es postnatal y no congénita. Al contrario, la luxación

teratológica de la cadera ocurre durante la vida intrauterina y por lo tanto es de origen congénito (19).

Se han elaborado muchas hipótesis para explicar los trastornos del desarrollo de la cadera que se pueden resumir en dos grupos (16).

- Las causas extrínsecas le dan importancia a un trastorno mecánico del desarrollo, son los factores ambientales y posiciones anormales pre y post natales que restringen el espacio intrauterino (17). Así, el oligohidroamnios al provocar una posición viciosa del feto, expondría a éste a presiones que tenderían a separar la epífisis femoral del acetábulo (18). Además, la displasia y luxación de cadera es más frecuente en madres primíparas, cuando las paredes uterinas y abdominales de la primípara son más resistentes (4).
- Las causas intrínsecas, se basan en la mayor incidencia que se observa en algunos grupos raciales y en la indudable influencia genética (13). La DDC es una afección casi inexistente en la raza negra, raza amarilla hay diferencias entre China y Japón, en este último país es una afección común; en cambio, en China es casi desconocida (16).

Los factores intrínsecos citados a menudo se mezclan con factores extrínsecos como, por ejemplo, la forma de vestir a los recién nacidos y lactantes, así como a la forma de transportarlos (16,4).

2.1.7. Factores de Riesgo de displasia de cadera

Esta patología se ha considerado más bien como una condición multifactorial, que combina factores que restringen los movimientos en el útero y condiciones que contribuyan al mal desarrollo primario del acetábulo (2).

Entre los factores de riesgo o causales debemos considerar aquellos predisponentes y precipitantes (19).

Factores Predisponentes

Genético: Existe mayor incidencia entre hermanos y familiares en primer grado: el riesgo para un niño, cuando los padres no tienen este antecedente, pero han tenido un hijo afectado, es de 6%; cuando un padre es el afectado el riesgo es de 12%; si unos de los padres y un hijo han sido afectados el riesgo para el niño por nacer es de 37%; en gemelos monocigóticos el riesgo es de 41% y en los dicigóticos es de 2.8% (17). El factor que puede explicar esta incidencia es la laxitud de los ligamentos de la familia y existe una indudable influencia de factores hereditarios demostrando en 20% de los pacientes. (18,16).

Sexo: La displasia es también más frecuente en niñas, hecho que se atribuye a la mayor laxitud ligamentosa, potenciada transitoriamente por los altos niveles de hormonas maternas circulantes (2). Es de entre 4 a 6 veces más frecuente en niñas que en niños (10,4).

Raza: Los factores raciales y genéticos, son muy importantes y que actuarían como ya se mencionó a través de la laxitud ligamentosa o de la displasia acetabular o de ambos (16).

Edad gestacional: La DDC es infrecuente en prematuros, quizás por tener una mínima restricción intrauterina (19).

Ambiental: Situaciones tales como la forma en que se arroja en exceso a los niños o bien cuando esto se hace de tal manera que los niños permanecen en extensión, aumenta la incidencia de este padecimiento 10 veces (17). Existe una mayor frecuencia de presentación en determinadas áreas geográficas y que podría estar relacionado con la forma de transportar a los niños (4).

Factores Precipitantes:

Primiparidad: El primer hijo se ve afectado con mayor frecuencia (2), este factor actúa por restricción del espacio intrauterino, en el último trimestre de la gestación, 6 de cada 10 niños son primogénitos, lo que sugiere que los músculos abdominales y del útero de la madre dificultan los movimientos del feto (7).

Presentación podálica: Uno de los factores de riesgo más importantes relacionados con la presencia de alteraciones en la ecografía al nacimiento es la presentación podálica (13), entre 30-50% de niños con DDC hay el antecedente de “presentación podálica” (17).

Peso del recién nacido, macrostomia y embarazo múltiple: Como se mencionó todo aquello que pueda contribuir con dificultar los movimientos del feto, como es el caso del sobrepeso, macrosomía y gemelaridad aumentan el riesgo (17).

Oligohidramnios: Sea por insuficiencia renal o por rotura prematura de la membrana, la presión mecánica a la que se ve sometido el feto entre el útero y la pared abdominal puede favorecer la luxación; por el mismo motivo puede que también sea más frecuente en los embarazos gemelares (4).

Malformaciones asociadas: Otros factores que se asocian son deformaciones postulares incluyen la presentación podálica, el oligohidroamnios, anomalías de los pies (metatarso varo y talipes equinovaro) y tortícolis congénito (2).

2.2. Antecedentes de la Investigación

2.2.1. Antecedentes internacionales

Estudio realizado en Ecuador (2010), “Incidencia y tratamiento de luxación congénita de caderas en niños y niñas menores de 4 años atendidos en la consulta externa del Hospital Isidro Ayora en Ecuador”, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de esta patología en la niñez, a qué edad se diagnostica y qué tipo de tratamiento es el que se realiza. El estudio se realizó a una muestra de 56 niños los cuales fueron atendidos en el año 2008. Se determinó que esta patología es más común en el género femenino con una relación de 2-3:1 respecto al género masculino. Además, se evidenció que el diagnóstico se realiza en su gran mayoría antes del inicio de la marcha, pero hay gran porcentaje de pacientes con diagnóstico de esta patología posterior a la marcha lo que conlleva a un tratamiento traumático. Adicionalmente se establece que los pacientes con diagnóstico

y pacientes con un alto riesgo no recibieron tratamiento para esta patología debido a que no regresan a control por consulta externa (17).

Estudio realizado en Chile (2011), “Descripción del desarrollo psicomotor en niños entre 4 y 10 meses con displasia Luxante de cadera que son tratados con Correas de Pavlik en el Hospital Roberto Del Río”, cuyo objetivo fue analizar el desarrollo psicomotor de los niños entre 4 y 10 meses que estaban con tratamiento para displasia luxante de cadera con correas de Pavlik, para esto se aplicó la escala de evaluación del desarrollo psicomotor a 40 sujetos. Se observó que el 95% de los sujetos tenía un desarrollo psicomotor normal, además que el área menos desarrollada entre los niños era el área motora, la cual no tenía relación con el tiempo de tratamiento. Finalmente se concluyó que, según el instrumento utilizado para evaluar el desarrollo psicomotor, no aparecieron alteraciones en los niños con estas características (21).

Estudio realizado en Bolivia (2012), “Incidencia de displasia de cadera en desarrollo en lactantes menores a 6 meses en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Tiquipaya” cuyo objetivo fue determinar la incidencia de displasia de cadera en desarrollo en lactantes menores a 6 meses en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Tiquipaya. Obteniendo que, de los 91 casos, hallaron que la edad más frecuente fue de 4 meses (52%). En cuanto a los factores de riesgo asociados el 7% de los casos tenían antecedentes familiares, el mayor porcentaje de casos con DDC se presenta en lactantes femeninos (83%).

La historia familiar de displasia de cadera se presentó en un 41% de los niños, en este trabajo la mayoría de los niños con DDC fueron obtenidos por parto vaginal (55%), no existiendo evidencia que asocie el tipo de parto o parto cesárea a DDC. En cuanto a los factores asociados se realizó correlaciones significativas entre los factores de riesgo registrados de los niños sanos y enfermos, obteniendo los siguientes resultados: la relación de variables “antecedentes familiares” – DDC obtuvo un p- valor de 0,61; “chumpi – DDC”, obtuvo un p- valor de 0.092; “Ortolani (+)– DCD”, obtuvo un p- valor de 0,176; “Barlow (+) – DDC”, obtuvo un p- valor de 0,45; “asimetría – DDC”, obtuvo un p- valor de 0,126; “limitación abducción– DDC”, obtuvo un p- valor de 0,26. Concluyendo que la incidencia de DDC fue del 32% y que no existe relación entre los factores de riesgo y el desarrollo de DDC (13).

Estudio realizado en Ecuador (2013), “Diagnostico precoz y prevención de la displasia de la cadera” cuyo objetivo fue determinar en qué medida los factores de riesgo inciden en la Displasia de la Cadera en Desarrollo, tales como: antecedente familiar en primer grado de consanguinidad, presentación podálica, sexo femenino, y primiparidad, en niños de 0 a 12 meses del Hospital Vicente Corral Moscoso, Enero-Junio del 2013, este estudio fue de casos y controles, se consideraron casos a los que presentaron displasia de cadera en desarrollo y controles a niños sin displasia pareados por edad y sexo. La muestra fue de 320 niños a estudiar con una relación caso/control de 1:2, en la cual se analizaron factores

asociados como: antecedente de displasia de la cadera en familiares en primer grado de consanguinidad, presentación podálica, sexo femenino y primiparidad de la madre. De la muestra se obtuvo: que el sexo de mayor prevalencia fue el femenino con el 72,8%; presento antecedentes familiares de displasia el 11,3% de la población, el 37,5% de las madres eran primíparas y presentación podálica se encuentra en 3,4%. Los factores de riesgo presentaron los siguientes valores de Odds ratio, antecedentes familiares de displasia: OR= 4,84 (IC 95% 2,13-10.13) p= 0,000; sexo femenino OR= 1,01 (IC 95% 0,58-1,69) p= 0,98; tipo de gestación primípara: OR= 1,59 (IC95% 0,99-2,59) p=0,059 y presentación podálica OR= 3,64 (IC 95% 1,04-12,72) p= 0,03. Es así que se concluyó que en esa población la presentación de la Displasia de Cadera en Desarrollo se asocia positivamente a factores de riesgo como antecedentes familiares y la presentación podálica al nacer (22).

Estudio realizado en Ecuador (2015), “Prevalencia de displasia de cadera en desarrollo diagnosticadas por radiología convencional en niños y niñas de 9 a 12 meses del Hospital Castanier crespó. Azogues”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de cadera diagnosticada por radiología convencional en niños y niñas de 0- 12, el tamaño muestral fue de 140 pacientes. Se concluyó que el 73,6% de la muestra tuvieron diagnóstico positivo para displasia del desarrollo de cadera, de ellos el 68% fueron mujeres, y el 32% fueron hombres, cuya edad promedio se encontraba en los 5,53 meses, con relación a la

lateralidad de la displacia, la cadera izquierda fue la más afectada con un porcentaje de 50.5%, de acuerdo a las líneas de Shenton el 100% reportaron ser asimétricas (23).

Estudio realizado en México (2013), “Factores predisponentes para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera”, cuyo objetivo fue dar a conocer los factores de riesgo asociados con la presencia de displasia del desarrollo de la cadera a fin de que los médicos en formación y médicos tratantes logren identificar los pacientes en riesgo de presentar la patología y dar con ello un mejor tratamiento. Se encontró: que la presentación pélvica con las rodillas en extensión es la principal causa asociada para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. Según Oligohidramnios, la carencia de líquido amniótico durante las últimas fases de la etapa gestacional se ha relacionado con un aumento en el riesgo de presentación de displasia de cadera. La falta de distensibilidad de las paredes uterinas durante el primer embarazo provoca una compresión mecánica directa a nivel coxofemoral que duplica la posibilidad de displasia de cadera. El alto peso durante el desarrollo fetal aumenta las posibilidades de presentar datos de displasia de cadera al nacimiento. El género femenino se encuentra con un riesgo elevado de hasta cuatro veces en comparación con el género masculino. Las madres con edades comprendidas entre los 30 y 34 años de edad al momento de la concepción presentan un riesgo elevado de 1.71 a 2.32 veces más de presentar productos con displasia del desarrollo de la cadera comparado con madres en edades menores a 20

años. Los recién nacidos con edad gestacional mayor a 40 semanas presentan un riesgo exponencial de 1.48 a 2.13 veces más que los bebés nacidos a las 38 semanas (16)

2.2.2. Antecedentes nacionales:

Estudio realizado en Lima (2010), “Displasia de desarrollo de la cadera en niños menores de 5 años de edad en el período de 2004-2006 en el Instituto Nacional de Salud del Niño-Lima-Perú”, se investigó los hallazgos clínicos, radiológicos y medidas terapéuticas en niños menores de 5 años de edad con el fin de encontrar mayor información sobre la realidad de dicha patología en el Perú, para lo cual se revisó 165 historias clínicas de niños con diagnóstico de Displasia de desarrollo de la cadera entre el 1 de Enero del 2004 al 31 de Diciembre del 2006, proporcionadas por la Oficina de Estadística e Informática del Instituto Nacional de Salud del Niño - Lima Perú. Con lo que se obtuvo que del total de 165 pacientes el 73.9% fueron del sexo femenino, el 57.6% no referían antecedentes familiares, el 47.9% tuvieron parto eutópico, el 50.3% fueron normopeso, la articulación coxofemoral izquierda estuvo comprometida en el 47.3%, 78.2% presento limitación de abducción. Con respecto al diagnóstico inagenológico fue por radiografía en 114 pacientes (69,1 por ciento), siendo la edad más frecuente lactante menor en 140 pacientes (84,8%). El tratamiento médico más utilizado fue Arnés de Pavlik en 36 pacientes (21,8%), no recibieron tratamiento quirúrgico 117 pacientes (70,95%). La evolución clínica favorable se evidencio en 114 pacientes (69,1%). Del

estudio se concluyó que la mayoría de pacientes con displasia de desarrollo de la cadera fueron lactantes menores de sexo femenino, presentando la articulación coxofemoral izquierda comprometida y limitación a la abducción como hallazgo primario. El diagnóstico fue preferentemente por radiografía, recibiendo tratamiento médico con una evolución favorable (20).

realizado en Abancay (2015), “Factores de riesgo y tratamiento fisioterapéutico de la enfermedad luxante de cadera en niños menores de un año del Hospital II de Essalud - Abancay 2010 – 2014”, la cual tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo y evolución al tratamiento fisioterapéutica de la Enfermedad Luxante de Cadera en niños menores de un año del Hospital II de EsSalud de Abancay. La muestra estuvo conformada por 132 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Luxante de cadera y el grupo control por 264 niños menores de un año entre los años 2010 al 2014. Se evidencio que los niños menores de 1 año del Hospital II de EsSalud Abancay tuvieron una incidencia en el año 2010 fue 29,95%; en el año 2011 fue 26,54%, en el año 2012 fue 26,18%, en el año 2013 fue 23,55% y finalmente en el año 2014 fue 22,35% por cada mil niños menores de un año. En relación a los factores de riesgo y Enfermedad Luxante de Cadera se encontró significancia estadística ($p < 0.005$) con el sexo femenino, primípara, presentación podálica, oligohidramnios, bajo peso al nacer y macrosómico, parto pre terminó (24).

Estudio realizado en Juliaca (2015). “Factores relacionados con displasias de caderas en niños y niñas de 2 a 24 meses. Juliaca, enero de 2014- abril del 2015”, cuyo objetivo fue Correlacionar los factores

relacionados con las enfermedades displásicas de caderas, en niños y niñas de 2 a 24 meses estudiados en la ciudad de Juliaca. La investigación fue del tipo observacional, prospectivo, transversal y analítica. La población estudiada estuvo conformada por 533 niños y niñas sospechosos de enfermedad displásica de caderas y el recojo de datos fue mediante entrevista, examen clínico radiológico. En esta investigación se evidenció que las enfermedades displásicas de caderas se asociaron con antecedentes de displasia en otros parientes ($p=0,02$), presentación podálica ($p=0,0004$), sexo ($p=0,0004$) y edad en que son diagnosticados ($p=0,001$). Todos los antecedentes clínicos (tono muscular, limitación a la abducción, discrepancia de miembros inferiores, signos de Ortolani, Barlow y Telescopaje) tuvieron $p: <0, 0001$; cadera afectada izquierda ($p=0,0000$), ruptura de la línea cervicoobturatriz ($p=0,0000$) y falta de osificación de la cabeza femoral fueron factores muy relacionados a las displasias ($p=0,000$) (25).

Estudio realizado en Lima (2016), “Prevalencia y factores predisponentes de Displasia del desarrollo de cadera en Lactantes menores de 12 meses evaluados en el servicio de consulta externa de traumatología pediátrica del hospital de Ventanilla”, con el objetivo de determinar la prevalencia; establecer e identificar antecedentes tales como: género femenino, antecedentes familiares, presentación podálica, primiparidad, embarazo múltiple, oligohidramnios, de un grupo de niños y niñas entre las edades de 01 mes y menores de 12 meses con Displasia del Desarrollo de

Cadera atendidos en consulta externa del servicio de Traumatología Pediátrica del Hospital de Ventanilla, Enero-Diciembre del año 2014, el estudio fue del tipo observacional, retrospectivo, analítico con enfoque cuantitativo, la muestra total fue de 82 lactante que tuvieron diagnóstico de Displasia del Desarrollo de Cadera. En dicho estudio se evidenció, que la prevalencia fue de 18,2% de toda la población estudiada. La tasa de exposición a los factores predisponentes en pacientes que presentaron Displasia del desarrollo de cadera fue la siguiente, para sexo femenino (84,15%), antecedentes familiares (7,32%), primera gestación (84,15%) y Oligohidramnios (6,1%); presentación podálica el 30,49%. Los factores predisponentes presentaron los siguientes valores de p con sus respectivos OR, antecedente familiar de Displasia del Desarrollo de Cadera $p= 0,000$ OR 21,8 (I.C.95% 2,593 – 184,418), sexo femenino $p= 0,000$ OR 4,73 (I.C.95% 2,500 – 8,949), primigestas $p=0,000$ OR 4,031 (I.C.95% 2,129 – 7,632), presentación podálica $p= 0,534$ OR 0,845 (I.C.95% 0,497 – 1,438), embarazo múltiple $p= 0,915$ OR 1,132 (I.C.95% 0,116 – 11,028), y Oligohidramnios $p= 0,037$ OR 3,545 (I.C.95% 1,001 – 12,563). Este estudio concluyó que los factores predisponentes a DDC estadísticamente significativos fueron: los antecedentes familiares, el género femenino, la primera gestación, y Oligohidramnios, mientras que la presentación fetal podálica, el embarazo múltiple no se comportaron como factores predisponentes (26).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio

Estudio Descriptivo Retrospectivo de Tipo Transversal

3.2. Población

La población de estudio estará constituida por registro de datos e historias clínicas de todos los niños atendidos en un Hospital SISOL de Ventanilla en el Periodo 2013-2017, los cuales presentaron displasia del desarrollo de la cadera. (N=300).

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Registro de datos e historias clínicas completas de todos los niños atendidos en un Hospital SISOL de Ventanilla.
- Datos niños cuyo rango de edades comprenden de 20 a 40 años.
- Datos de atletas de ambos sexos.
- Datos de niños que presentaron displasia del desarrollo de la cadera.
- Datos de niños atendidos en un Hospital SISOL de Ventanilla que presenta displasia del desarrollo de la cadera en el Periodo 2015-2017.

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Registro de datos e historias clínicas incompletas de todos los niños atendidos en un Hospital SISOL de Ventanilla.
- Pacientes que no presenten displasia del desarrollo de la cadera.

- Pacientes derivados de otras sedes Hospitalarias.

3.3. Muestra

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección. Se pretende estudiar y conocer los datos de un mínimo de 184. Registro de datos e historias clínicas de todos los niños atendidos en un Hospital SISOL de Ventanilla en el Periodo 2013-2017, los cuales presentaron displasia del desarrollo de la cadera. Se utilizará o empleará el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

3.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Displasia del desarrollo de la cadera.	Alteraciones en la forma de cabeza del fémur	Registro de datos e historias clínicas.	Binaria	Presenta No presenta
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Forma de presentación del parto.	Actitud fetal al inicio del parto.	Ficha de recolección de datos.	Nominal	Cefálica Podálica
Factor hormonal	La síntesis y/o liberación de varias hormonas	Ficha de recolección de datos.	Nominal	Hiperlaxitud ligamentaria SBHL
Factor genético	Factor que intervienen en la transmisión de las características de los padres a los hijos.	Ficha de recolección de datos.	Nominal	Padre Madre Abuelo
Número de partos	Proporción de nacimientos	Ficha de recolección de datos.	Nominal	Múltiparas Primigesta
Producto macrosómico	Feto grande	Ficha de recolección de datos.	Nominal	2,900kg 3,500kg 4,000kg
Sexo del niño		Ficha de recolección de datos.	Binario	Masculino Femenino
Edad materna		Ficha de recolección de datos	Nominal	15 a 20 años 21 a 30 años 31 a 40 años

Fuente: Elaboración Propia.

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitará el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la universidad Alas Peruanas al Hospital SISOL de Ventanilla, para poder acceder a la base de datos y del mismo modo el ingreso al archivo documentario con la finalidad de recolectar datos de niños con diagnóstico de Displasia del desarrollo de la cadera. Para recopilar toda esta información mediante la ficha de recolección de datos. Para garantizar la confidencialidad de los datos registrados estos se colocarán en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación. Cada formulario tendrá un código correspondiente al nombre del participante y será almacenado en una base de datos digital; solo el investigador tendrá acceso a esta información.

3.6. Plan de análisis de datos

Se utilizará la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaran mediante el software SPSS 23, para calcular los diferentes estadígrafos: Medias, Desviación Estándar, para las tablas de frecuencia y análisis de contingencia para los gráficos del sector.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1 Resultados estadísticos

Los resultados estadísticos que a continuación se detallan, corresponden a la Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera y factores asociados en niños atendidos en un hospital de ventanilla periodo 2013 – 2017.

4.1.1. Características de la muestra

Edad de la muestra

Tabla 1: Edad de la muestra

Características de la edad	
Muestra	184
Media	1,4
Desviación estándar	±1.91
Edad mínima	6 meses
Edad máxima	6 años

Fuente: Elaboración propia

La muestra, formada por 184 niños que presentaban displasia del desarrollo de la cadera en un hospital de ventanilla periodo 2013 - 2017 presentaron una edad promedio de 1,4 años con una desviación estándar o típica de $\pm 1,91$ años y un rango de edad que iba desde los 6 meses a 6 años.

4.1.2. Prevalencia de displasia del desarrollo de cadera en niños de la muestra.

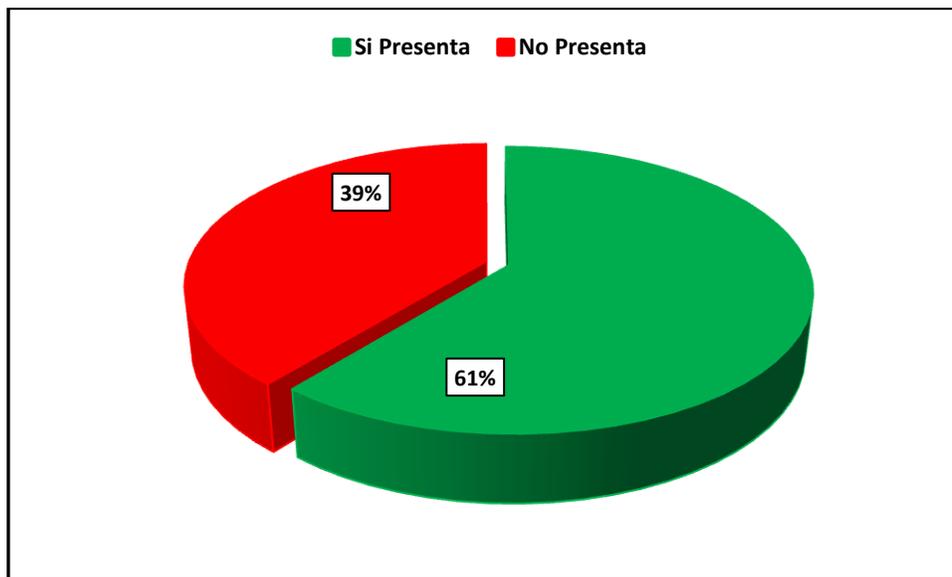
Tabla 2: Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si Presenta	184	61,3%	61,3%
No Presenta	116	38,7%	100,0%
Total	300	100,0%	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla 2. presenta la distribución de la muestra respecto a la Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un hospital de ventanilla periodo 2013 -2017. 184 niños presentaron displasia del desarrollo de cadera con un 61,3%, mientras que 116 niños no presentaron displasia del desarrollo de la cadera con un 38,7% del total.

Figura 1. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños



La figura 1 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.3. Prevalencia de displasia del desarrollo de cadera en niños respecto a la forma de presentación del parto.

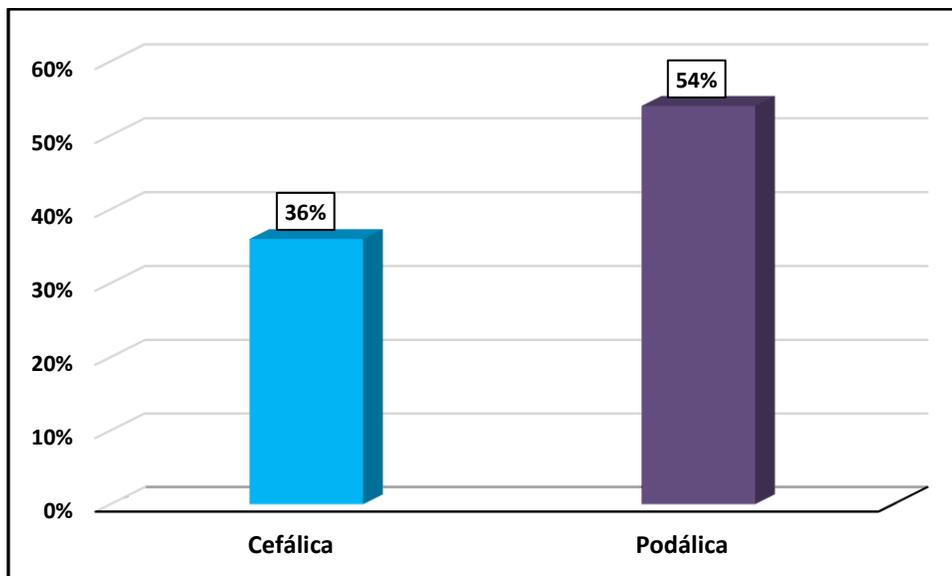
Tabla 3: Distribucion respecto a la forma de presentacion del parto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cefálica	66	35,9%	35,9%
Podálica	118	64,1%	100,0%
Total	184	100,0%	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 3 presenta la distribución de la muestra respecto a la forma de presentación del parto. 66 niños atendidos en un hospital de ventanilla fueron de parto cefálico y 118 fueron de parto podálico. Se observa que la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto a la forma de presentación del parto se dio en forma podálica con un 64,1% y final de forma cefálica con un 35,9%.

Figura 2. Distribucion respecto a la forma de presentacion del parto



La figura 2 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.4. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al factor hormonal

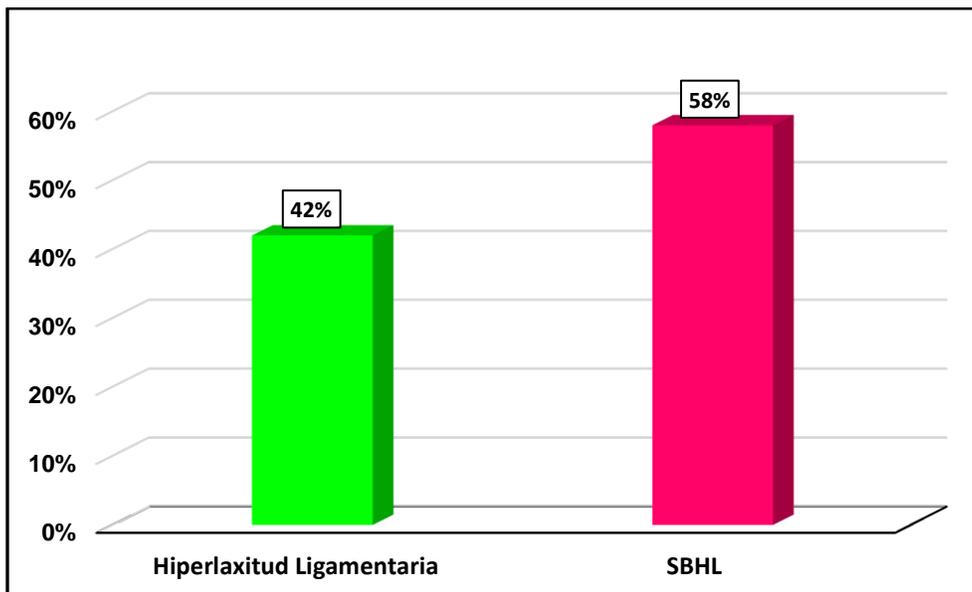
Tabla 4: Distribucion de la muestra respecto al factor hormonal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hiperlaxitud Ligamentaria	53	41,8%	41,8%
SBHL	107	58,2%	100,0%
Total	184	100,0%	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 4 presenta la distribución respecto al factor hormonal. 53 niños atendidos en un hospital de ventanilla presentaron hiperlaxitud ligamentaria y 107 niños presentaron SBHL. Se observa que la Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al factor hormonal fue en SBHL con un 58,2%, seguido de hiperlaxitud ligamentaria con un 41,8%.

Figura 3. distribucion de la muestra respecto al factor hormonal



La figura 3 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.5. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera por grupos etáreos.

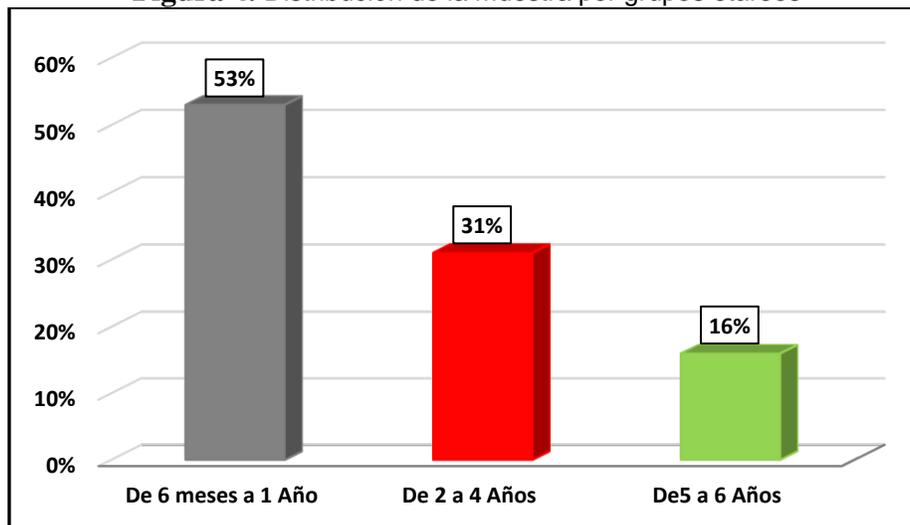
Tabla 5: Distribución por grupos etáreos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 6 meses a 1 Año	98	53,2%	53,2%
De 2 a 4 Años	57	31,0%	84,2%
De 5 a 6 Años	29	15,8%	100,0%
Total	184	100,0%	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 5 presenta la distribución de la muestra por grupos etáreos, 98 niños atendidos en un hospital de ventanilla tenían entre 6 meses a 1 año de edad; 57 niños tenían entre 2 a 4 años de edad y 29 niños tenían entre 5 a 6 años de edad. Se observa que la Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera respecto a la edad se dio en el rango de 6 meses a 1 año de edad con un 53,2%, seguido del rango de 2 a 4 años con un 31,0% y finalmente en el rango de 5 a 6 años de edad con un 15,8%.

Figura 4. Distribución de la muestra por grupos etáreos



La figura 4 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.6. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños de la muestra por sexo

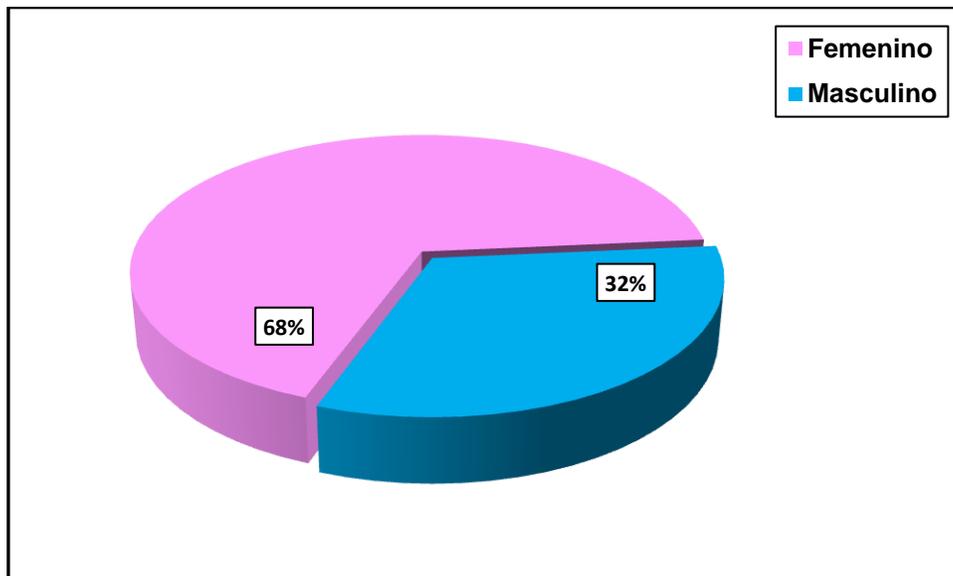
Tabla 6: Distribución de la muestra por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	125	67,9%	67,9%
Masculino	59	32,1%	100,0%
Total	184	100,0%	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla 6 presenta la distribución de la muestra por sexo, 125 niños atendidos de un hospital de ventanilla fueron del sexo femenino y 59 niños fueron del sexo masculino. Se observa que la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al sexo predomina el femenino con un 67,9% y el masculino con un 32,1%.

Figura 5. Distribución de la muestra por sexo



La figura 5 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.7. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al factor genético.

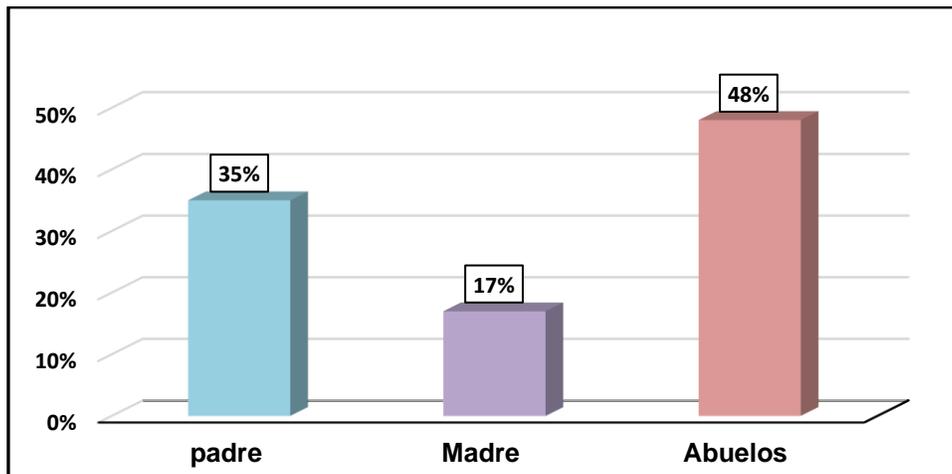
Tabla 7: Distribución de la muestra respecto al factor genético

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Padre	64	34,8 %	34,8%
Madre	31	16,9%	51,7%
Abuelos	89	48,3%	100,0%
Total	184	100,0%	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla 7 presenta la distribución de la muestra respecto al factor genético, 64 niños atendidos en un hospital de ventanilla presentaron como factor genético al padre, 31 niños presentaron como factor genético a la madre y 89 niños presentaron como factor genético a los abuelos. Se observa que la Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al factor genético se dio en los abuelos con un 48,3%, seguido del padre con 34,8% y finalmente los de la madre con un 16,9%.

Figura 6. Distribución de la muestra respecto al factor genético



La figura 6 presenta los porcentajes correspondiente.

4.1.8. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al número de partos.

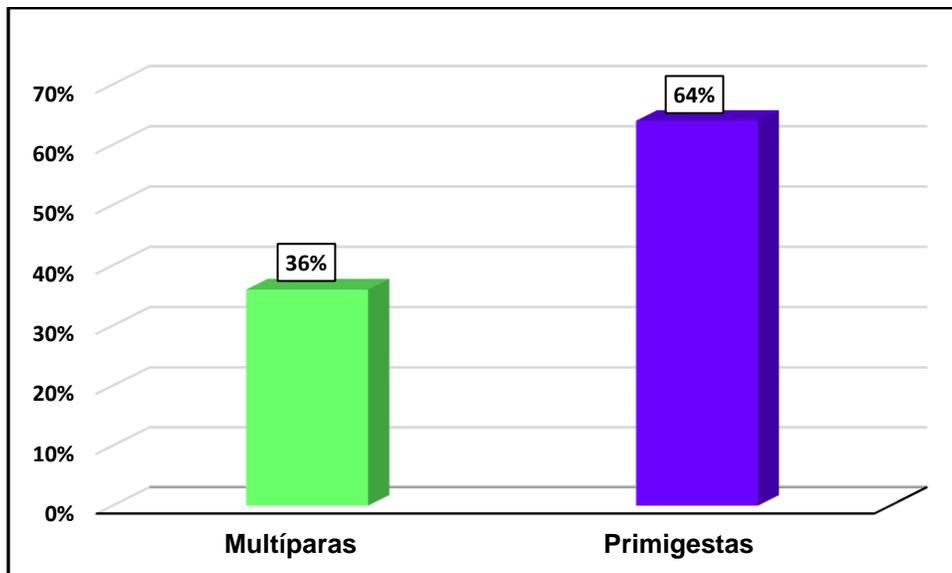
Tabla 8: Distribución de la muestra respecto al número de partos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Múltiparas	67	36,4%	36,4%
Primigesta	117	63,6%	100,0%
Total	184	100,0%	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla 8 presenta la distribución de la muestra respecto al número de partos. 67 niños atendidos en un hospital de ventanilla fueron de partos múltiparas y 117 niños fueron de partos Primigesta. Se observa que la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños con respecto al número de partos se dio en los que fueron de parto Primigesta con un 63,6%, seguido los de parto múltiparas con un 36,4%.

Figura 7. Distribución de la muestra respecto al número de partos



La figura 7 presenta los porcentajes correspondiente.

4.1.9. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al producto macrosómico.

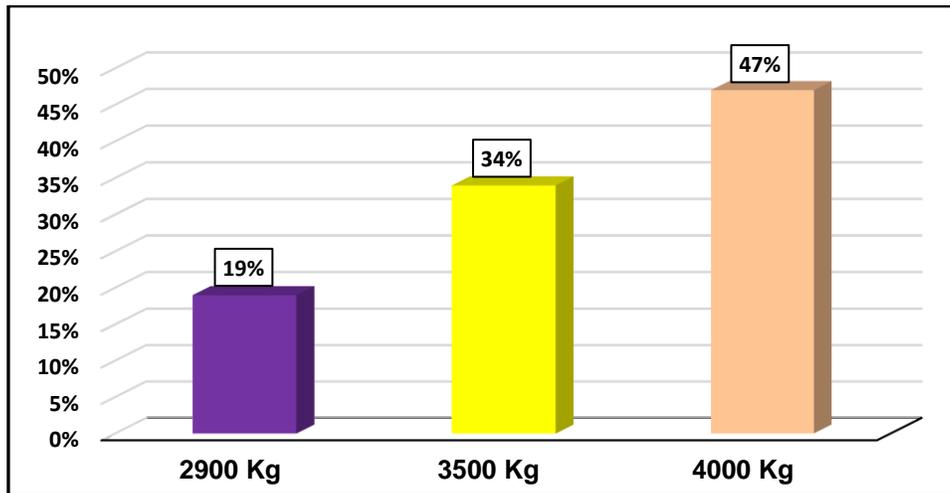
Tabla 9: Distribución respecto al producto macrosómico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2900 Kg	34	18,5%	18,5%
3500 Kg	63	34,2%	52,7
4000 Kg	87	47,3%	100,0%
Total	184	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 9 presenta la distribución de la muestra respecto al producto macrosómico. 34 niños atendidos en un hospital de ventanilla tenían 2900 Kg, 63 niños tenían 3500 Kg. y 87 niños tenían 4000 Kg. Se observa que la Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera con respecto al producto macrosómico se dio en los que tenían 4000 Kg. con un 47,3%; seguido los de 3500 Kg con un 34,2% y finalmente los que tenían 2900 Kg. con un 18,5%.

Figura 8. Clasificación de la muestra respecto al producto macrosómico



La figura 8 presenta los porcentajes correspondientes

4.1.10. Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto a la edad materna.

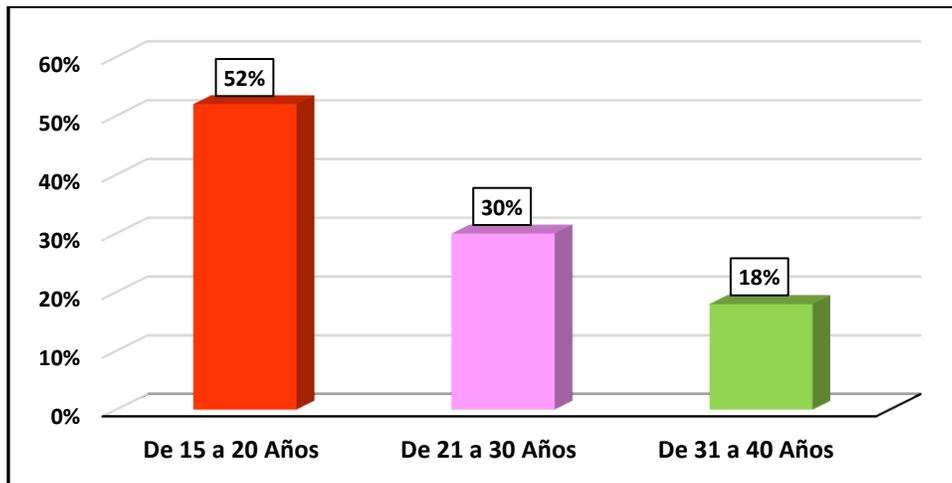
Tabla 10: Distribución de la muestra respecto a la edad de la madre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 15 a 20 Años	95	51,6%	51,6%
De 21 a 30 Años	55	29,9%	81,5%
De 31 a 40 Años	34	18,5%	100,0%
Total	184	100,0%	

Fuente: *Elaboración Propia*

La tabla 10 presenta la distribución de la muestra respecto a la edad de la madre. 95 niños su madre tenían entre 15 a 20 años de edad, 55 niños su madre tenían 21 a 30 años de edad y 34 niños su madre tenía entre 31 a 40 años de edad. Se observa que la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera con respecto a la edad de la madre se dio en los que tenían entre 15 a 20 Años con el 51,6%, seguido en los que tenían entre 21 a 30 años con un 29,9% y finalmente los que tenían entre 31 a 40 años con un 18,5%.

Figura 9. Distribución de la muestra respecto a la edad de la madre.



La figura 9 presenta los porcentajes correspondiente.

4.2 Discusión de Resultados

Estudio realizado en Ecuador en el año 2010. Incidencia y tratamiento de luxación congénita de caderas en niños y niñas menores de 4 años atendidos en la consulta externa del Hospital Isidro Ayora en Ecuador. Se determinó que esta patología es más común en el género femenino con una relación de 2-3: respecto al género masculino. En concordancia con nuestros resultados se encontro que la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al sexo predomina el femenino con un 67,9%y el masculino con un 32,1% en niños atendidos en un Hospital de ventanilla periodo 2013 -2017 (Encarnación Pangay, 2010). Del mismo modo existe concordancia con este estudio realizado en Ecuador en el año 2015. Prevalencia de displasia de cadera en desarrollo diagnosticadas por radiología convencional en niños y niñas de 9 a 12 meses del Hospital Castanier cresco. Azogues. Se concluyó que el 73,6% de la muestra tuvieron diagnostico positivo para displasia del desarrollo de cadera, de ellos el 68% fueron mujeres, y el 32% fueron hombres (Cuenca F & Gordillo, 2015).

Estudio realizado en Bolivia en el año 2012. Incidencia de displasia de cadera en desarrollo en lactantes menores a 6 meses en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Tiquipaya. Obteniendo que, de los 91 casos, hallaron que la edad más frecuente fue de 4 meses (52%). En cuanto a los factores de riesgo asociados el 7% de los casos tenían antecedentes familiares, el mayor porcentaje de

casos con DDC se presenta en lactantes femeninos (83%). La historia familiar de displasia de cadera se presentó en un 41% de los niños, en este trabajo la mayoría de los niños con DDC fueron obtenidos por parto vaginal (55%), no existiendo evidencia que asocie el tipo de parto o parto cesárea a DDC. En comparación con los datos de nuestro estudio la edad más frecuente se dio en el rango de 6 meses a 1 año de edad con un 53,2%, el factor genético se dio en los abuelos con un 48,3%, seguido del padre con 34,8% y finalmente los de la madre con un 16,9% y la forma de presentación se dio en forma podálica con un 64,1% y final de forma cefálica con un 35,9%. (Cadima Terrazas & Molina Pelaez, 2012).

Estudio realizado en México en el año 2013. Factores predisponentes para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. Se encontró: que la presentación pélvica con las rodillas en extensión es la principal causa asociada para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera, las madres con edades comprendidas entre los 30 y 34 años de edad al momento de la concepción presentan un riesgo elevado de 1.71 a 2.32 veces más de presentar productos con displasia del desarrollo de la cadera. Así mismo nuestros resultados muestran que la madre se dio en el rango de 15 a 20 Años con el 51,6%, seguido del rango de 21 a 30 años con un 29,9% y finalmente los que tenían entre 31 a 40 años con un 18,5%. (Vidal Ruíz & Sosa Colomé, 2013)

Estudio realizado en Lima en el año 2010. Displasia de desarrollo de la cadera en niños menores de 5 años de edad en el período de 2004-2006 en el Instituto Nacional de Salud del Niño-Lima-Perú. Los resultados muestran que del total de 165 pacientes el 73.9% fueron del sexo femenino, el 57.6% no referían antecedentes familiares, el 47.9% tuvieron parto eutópico, el 50.3% fueron normopeso, la articulación coxofemoral izquierda estuvo comprometida en el 47.3%, 78.2% presento limitación de abducción. En comparación con nuestro estudio la Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera con respecto al producto macrosómico se dio en los que tenían 4000 Kg. con un 47,3%; seguido los de 3500 Kg con un 34,2% y finalmente los que tenían 2900 Kg. con un 18,5% (Moreno V, Navarro S,& Mendiola M, 2010).

4.3 Conclusiones

- Se logro determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla periodo 2013 -2017. Se registró que 184 niños presentaron displasia del desarrollo de cadera con un 61,3%, mientras que 116 niños no presentaron displasia del desarrollo de la cadera con un 38,7% del total.
- Se observa que la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera respecto a la forma de presentación del parto se dio en forma podálica con un 64,1% y final de forma cefálica con un 35,9%.
- La Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños respecto al factor hormonal fue en SBHL con un 58,2%, seguido de hiperlaxitud ligamentaria con un 41,8%.
- La Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera respecto a la edad se dio en el rango de 6 meses a 1 año de edad con un 53,2%, seguido del rango de 2 a 4 años con un 31,0% y finalmente en el rango de 5 a 6 años de edad con un 15,8%.
- Se observa que la Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en respecto al factor genético se dio en los abuelos con un 48,3%, seguido del padre con 34,8% y finalmente los de la madre con un 16,9%.
- La prevalencia de dispalsia del desrrollo de la cadera respecto al números de partos se dio en los que fueron de parto Primigesta con un 63,6%, seguido los de parto múltiparas con un 36,4%.

- Se observa que la Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera con respecto al producto macrosómico se dio en los que tenían 4000 Kg. con un 47,3%; seguido los de 3500 Kg con un 34,2% y finalmente los que tenían 2900 Kg. con un 18,5%.
- la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera con respecto a la edad de la madre se dio en el rango de 15 a 20 Años con el 51,6%, seguido del rango de 21 a 30 años con un 29,9% y finalmente los que tenían entre 31 a 40 años con un 18,5%.

4.4 Recomendaciones

- Con los resultados obtenidos se recomienda realizar un plan de intervención inmediata con el objetivo de obtener y conservar una reducción concéntrica y estable de la cadera, ya que el recién nacido tiene el potencial de remodelación por lo que al mantener una posición que favorezca la reducción de la cadera es posible el desarrollo óptimo de la articulación.
- Se recomienda a través de la terapia física recuperar la movilidad de la cadera y la rodilla, manejar el dolor y disminuir los tiempos de recuperación funcional a través de ejercicios terapéuticos, hidroterapia, actividades funcionales dirigidas.
- Se recomienda el manejo conjunto con los padres de familia quienes deben realizar el seguimiento de terapias y de controles de sus hijos, así mismo la detección precoz de factores de riesgo para la displasia del desarrollo de la cadera atendiendo a los antecedentes obstétricos (embarazo, parto) y sobre la base de una adecuada atención prenatal por parte del médico de la comunidad. A pesar de que en nuestro estudio no encontramos resultados significativos en cuanto algunos factores de riesgo como el parto en pelviano, las malformaciones congénitas asociadas, los antecedentes familiares de DDC y el índice de líquido amniótico (dato muy subjetivo en nuestra investigación ya que fue referido), no los descartamos como factores de riesgo.

- Educar a través de talleres dirigidos a la comunidad para que los padres aprendan a identificar la asimetría de pliegues cutáneos en muslos y nalgas como factor contribuyente en constituir el signo clínico de mayor importancia en el estudio de estos pacientes.
- El diagnóstico precoz a través del ultrasonido de alta resolución debe ser indicado en todo caso sospechoso teniendo en cuenta sus antecedentes y clínica antes de los 3 meses de edad, con seguimiento en consulta y terreno por al menos 12 semanas con ultrasonido negativo. Utilizar la radiografía después de los 3 a 4 meses de edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of Hip. Clinical Practice Guideline: Early Detection of Developmental Dysplasia of the hip Illinois: Pediatrics; 2000.
2. Mazzi Gonzales De Prada E. Displasia del desarrollo de la cadera. Revista de la Sociedad Boliviana. 2011;; p. 57-64.
3. Raimann Neumann A. Enfermedad luxante de cadera Santiago - Chile: Ediku; 2003.
4. Ministerio de Salud. Guía clínica Displasia Luxante de cadera: Diagnóstico y tratamiento precoz Santiago: MINSAL; 2008.
5. Richard Bowen J, Kotzias A. Developmental dysplasia of the hip Maryland: Data Trace Publishing Company; 2006.
6. Revenga Giertych C, Bulo Concellón MP. Displasia del desarrollo de la cadera. Rev. S. And. Traum. y Ort.. 2001; 21(2): p. 195-206.
7. Delgadillo Avendaño JM, Macías Avilés HA, Hernández R. Desarrollo displásico de cadera. Revista Mexicana de Pediatría. 2006 Ene-Feb; 73(1): p. 26-32.
8. MINSA. Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Displasia del Desarrollo de la Cadera. RD 218-2012. Lima: MINSA, Instituto Nacional de Salud del Niño;

- 2012.
9. Bolaños Terán N, Cañón Buitrago S, Castaño Castrillón JJ, Duque Rojas N. Caracterización de la población pediátrica con displasia del desarrollo de cadera en el Hospital Infantil. Artículo de investigación. Caldas: Universidad de Manizales, Archivos de Medicina (Col); 2013.
 10. Bache C, Clegg J, Herron M. Risk factors for developmental dysplasia of the hip: ultrasonographic findings in the neonatal period. UK: J Pediatr Orthop B; 2002.
 11. Cymet Ramírez J, Álvarez Martínez M. El diagnóstico oportuno de la displasia de cadera: Enfermedad discapacitante de por vida. Acta Ortopédica Mexicana. 2011 Octubre; 25(5).
 12. Arce J. GC. Displasia del desarrollo de caderas. ¿Radiografía o ultrasonografía? ¿A quiénes y cuándo? Chile: Revista Chilena de pediatría; 2000.
 13. Cadima Terrazas MA, Molina Pelaez C. Incidencia de displasia de cadera en desarrollo en lactantes menores a 6 meses en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Tiquipaya. Tiquipaya: Gac Med; 2012.
 14. Francisco Javier Leal Quevedo EPR. El pediatra eficiente Madrid: Panamericana; 2003.

15. Zaldivar Sobrado C. Historia de la Ortopedia y Traumatología en el Perú Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2002.
16. Vidal Ruíz CA, Sosa Colomé J. Factores predisponentes para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica. 2013 Enero-Junio; 15(1).
17. Encarnación Pangay JL. Incidencia y tratamiento de luxación congénita de caderas en niños y niñas menores de 4 años atendidas en la consulta externa del hospital provincial isidro ayora de enero a diciembre de 2008. Tesis. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2010.
18. Mahan S, Kasser J. Does Swaddling Influence Developmental Dysplasia of the hip? Massachusetts: Pediatrics; 2012.
19. Sewell MD, RK, & EDM. Developmental dysplasia of the hip Londres: BMJ; 2009.
20. Moreno V, Navarro S, Mendiola M, Narvala M, Neyra J, Nalvarte C. Displasia del desarrollo de la cadera en niños menores de 5 años de edad en el periodo de 2004-2006. Tesis. Lima-Peru: Instituto Nacional de Salud del Niño; 2010.
21. Suarez CLAYJL. Descripción del desarrollo psicomotor en niños entre 4 y 10 meses con displasia Luxante de cadera que son tratados con Correas de Pavlik en el Hospital Roberto Del Río Santiago: Universidad de Chile; 2011.
22. Cordero Saeteros XE. Diagnostico precoz y prevención de la displasia de la cadera. Tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca, Pediatría , Ortopedia y

Traumatología; 2013.

23. Cuenca F MJ, Gordillo PA. Prevalencia de displasia de cadera en desarrollo diagnosticadas por radiología convencional en niños y niñas de 9 a 12 meses del Hospital Castanier cresco. Azogues. Tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015.
24. Onton Enciso B. Factores de riesgo y tratamiento fisioterapéutico de la enfermedad luxante de cadera en niños menores de un año del Hospital II de Essalud - Abancay 2010 - 2014. Tesis. Lima: Universidad Alas Peruanas, Tecnología Médica; 2015.
25. Jara Atencio J. Factores relacionados con displasias de caderas en niños y niñas de 2 a 24 meses. Juliaca, enero de 2014- abril del 2015. Investigación Andina. 2015 Enero - Julio 2016; 16(1).
26. Caballero Sakibaru MM. Prevalencia y factores predisponentes de Displasia del desarrollo de cadera en Lactantes menores de 12 meses evaluados en el servicio de consulta externa de traumatología pediátrica del hospital de Ventanilla, enero- diciembre del año 2014. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Medicina; 2016.

ANEXO Nº 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___/___/___

VARIABLES DE ESTUDIO	
1.- Edad de la materna:	_____ años
2.- sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3- Factor genético:	Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/>
4.- Tipo de presentación del parto:	Presentación cefálica sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Presentación podálica sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Factor hormonal:	• Hiperlaxitud ligamentaria sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • SBHL sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.- Oligohidramnios:	Carencia de líquido amniótico sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.- Producto Macrosómico:	• 2, 900 kg. <input type="checkbox"/> • 4,000 kg. <input type="checkbox"/> • 4,500 kg. <input type="checkbox"/>
7.- Número de partos:	• Multíparas • Primigesta
8.- Tipo de Embarazo:	• Múltiple • Gemelar
9.- Leiomiomatosis uterina:	• Mioma • Fibroma • Adenoma

Fuente: Elaboración Propia.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PREVALENCIA DEL DESARROLLO DE DISPLASIA DE LA CADERA Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE VENTANILLA - PERIODO 2013-2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p style="text-align: center;">PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>pp. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera y factores asociados en niños atendidos en un Hospital de Ventanilla - periodo 2013-2017?</p> <p style="text-align: center;">PROBLEMA SECUNDARIOS.</p> <p>Ps. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de Ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a la Forma de presentación del parto?</p> <p>Ps. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Factor hormonal?</p> <p>Ps. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Factor genético?</p> <p>Ps. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a Oligohidramnios?</p> <p>Ps. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a Número de partos?</p> <p>Ps. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Producto macrosómico?</p> <p>Ps. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Embarazo múltiple o gemelar?</p> <p>Ps. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al sexo?</p> <p>Ps. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a Leiomiomatosis uterina?</p>	<p style="text-align: center;">OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Op. Establecer la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera y factores asociados en niños atendidos en un Hospital de Ventanilla - periodo 2013-2017.</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de Ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a la Forma de presentación del parto.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Factor hormonal.</p> <p>Os. Establecer la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Factor genético.</p> <p>Os. Establecer la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a Oligohidramnios.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a la madre Primigesta.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Producto macrosómico.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al Embarazo múltiple o gemelar.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto al sexo.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a Leiomiomatosis uterina.</p> <p>Os. Determinar la prevalencia de displasia del desarrollo</p>	Variable principal Displasia del desarrollo de la cadera.	Diagnostico medico	Si presenta No presenta	<p style="text-align: center;"><u>DISEÑO DE ESTUDIO:</u> Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.</p> <p style="text-align: center;"><u>POBLACIÓN:</u> todos los niños atendidos en un Hospital SISOL de Ventanilla en el Periodo 2013-2017, los cuales presentaron displasia del desarrollo de la cadera. (N=300).</p> <p style="text-align: center;"><u>MUESTRA:</u> Se pretende estudiar y conocer los datos de un mínimo de 184. Registro de datos e historias clínicas de todos los niños atendidos en un Hospital SISOL de Ventanilla en el Periodo 2013-2017</p>
		Variables Secundarias	Forma de presentación del parto. Factor hormonal Factor genético	Factores asociados	
Primigesta					
Producto macrosómico					
Embarazo múltiple o gemelar					
sexo					
Leiomiomatosis uterina					
Edad materna avanzada					

Ps. ¿cuál es la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a Edad materna avanzada?	de la cadera en niños atendidos en un Hospital de ventanilla - periodo 2013-2017 respecto a Edad materna avanzada.				
--	--	--	--	--	--