



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“CONOCIMIENTO Y CUIDADOS QUE BRINDAN LAS MADRES A SUS
NIÑOS MENORES DE 6 MESES CON DISPLASIA DE CADERA, CLINICA
SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTADA POR:

WENDY KAROLAYN ANDRADE GARAY

ASESORA:

MG. ISABEL SIRENIA ZAMUDIO ORE

AREQUIPA – PERÚ, 2018

**CONOCIMIENTO Y CUIDADOS QUE BRINDAN LAS MADRES A SUS
NIÑOS MENORES DE 6 MESES CON DISPLASIA DE CADERA, CLINICA
SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2017”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación entre conocimiento y cuidados que brindan las madres a sus niños menores de 6 meses con Displasia de Cadera, atendidos en la Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2017. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 30 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,866; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,911, la prueba de hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un valor de 0,910 y con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa, con conocimientos Medio tienen a su vez un nivel de cuidado Medio, las madres con conocimientos Alto tienen a su vez un nivel de cuidado Alto y las madres con un nivel de conocimiento Bajo tienen a su vez un nivel de cuidado Bajo. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Conocimientos y cuidados que brindan las madres.

PALABRAS CLAVES: *Conocimiento, cuidados que brindan las madres a sus niños menores de 6 meses con Displasia de Cadera,*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between knowledge and care provided by mothers to their children under 6 months of age with Hip Dysplasia, attended at the San Juan de Dios Clinic, Arequipa 2017. It is a cross-sectional descriptive investigation. With a sample of 30 mothers, a Likert questionnaire was used to collect the information, the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment, obtaining a value of 0.866; the reliability was carried out using the Cronbach's alpha with a value of 0.911, the hypothesis test was carried out using Pearson's R with a value of 0.910 and with a level of significance of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

Mothers of children under 6 months of age with hip dysplasia treated at the San Juan de Dios clinic, Arequipa, with medium knowledge, have a level of care. Medium, mothers with high knowledge have a high level of care. and mothers with a low level of knowledge have a low level of care in turn. These results indicate that there is a relationship between both variables: Knowledge and care provided by mothers.

KEY WORDS: *Knowledge, care provided by mothers to their children under 6 months with Hip Dysplasia,*

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

3

1.3. Objetivos de la investigación

3

1.3.1. Objetivo general

3

1.3.2. Objetivos específicos

4

1.4. Justificación del estudios

4

1.5. Limitaciones

5

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

6

2.2. Base teórica

11

2.3. Definición de términos

46

2.4. Hipótesis

46

2.5. Variables

46

2.5.1. Definición conceptual de las variables

47

2.5.2. Definicion operacional de la variable

47

2.5.3. Operacionalización de la variable

48

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	49
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	49
3.3. Población y muestra	50
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	51
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	51
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	51
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	53
CAPÍTULO V: DISCUSION	59
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La articulación de la cadera está formada por la cabeza del fémur y el acetábulo, que es la parte de la pelvis que se articula con ella. Cuando esta, íntima relación entre ambos huesos se pierde, la cadera comienza una gradual degeneración con desgaste prematuro de la articulación, denominado artrosis, claudicación y dolor para la marcha. Así encontramos como primer reporte de esta patología el realizado por Hipócrates en el siglo II. En donde este, la diferenciaba con la luxación traumática y la consideraba como grave. (1)

No se vuelve hablar de ella hasta 1680 en que Ambrosio Paré describe los signos característicos de la enfermedad mediante la disección de cadáveres. A. Lorenz describe un método de reducción incruenta. En el pasar de los años comienza a identificarse como un verdadero problema de salud sobre todo en Europa de lo cual se recogen reportes, y empiezan a aparecer nuevos nombres: Luxación Congénita de la Cadera, Displasia Congénita de la Cadera, Displasia del Desarrollo de la Cadera, Enfermedad Congénita de la Cadera, Enfermedad del Desarrollo de la Cadera, entre otros. En la actualidad la podemos encontrar en la bibliografía mundial con cualquiera de estos nombres. Debido a que en estos momentos se discute el momento de aparición de esta, su origen multifactorial y su carga genética, en nuestra investigación adoptaremos los términos de Enfermedad del Desarrollo de la Cadera (EDC) y Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC). (1)

La terminología displasia proviene del griego “dys” que significa alteración o dificultad y de “plasseis” que quiere decir formación, modelación. El término hace referencia a la presencia de un amplio espectro de anormalidades en la conformación de la articulación desde edad temprana, que abarca desde formas muy leves, hasta su anormalidad más severa, la luxación, los cuales son indicadores de un proceso dinámico en su producción, y señala un potencial de mejoría o de deterioro durante el desarrollo del niño, de acuerdo con la detección más o menos precoz y el tratamiento que haya recibido

desde su etapa temprana. (1)

La displasia congénita de cadera por lo regular es asintomática no se manifiesta en las primeras etapas y por esta razón la mejor forma de hacer el diagnóstico temprano depende de la exploración sistemática del recién nacido y el lactante, teniendo en cuenta que el tratamiento en esta etapa ofrece los mejores resultados. (1)

Esta anomalía ha sido llamada erróneamente como “luxación congénita de cadera; interrupción de relación acetábulo-cabeza femoral y desorden femoral”; es por eso por lo que los ortopedistas pediatras han sugerido evitar el calificativo de “congénita”: ya que se ha encontrado que hay casos en los que la cadera se luxa después del nacimiento, y en otros niños hasta que inician la marcha. Es por eso por lo que el término anglosajón de “Developmental dysplasia of the hip” debe ser traducido a nuestro idioma como “displasia del desarrollo de la cadera”. (2)

A pesar de la bondad de las maniobras clínicas para identificar precozmente a los niños con este problema, aún se continúan reconociendo casos con luxación de cadera, en etapas avanzadas de la lactancia y la infancia. Tal eventualidad puede ser porque los signos no estaban presentes al momento de nacer y después el pediatra no confirmó su ausencia en el seguimiento del niño o porque los padres acudieron tardíamente al médico, cuando el niño empezaba a deambular. En estas etapas de la vida su manejo es complicado y costoso, y lo más importante, puede ser causa de indeseables secuelas psicológicas y funcionales. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los niños representan el futuro, y su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades. (3)

Por ello es la madre quien generalmente asume la responsabilidad de la atención del niño, por eso que se le da una especial importancia a la relación madre- niño, como factor primordial de la influencia en su desarrollo, el cual se

inicia desde la concepción; existe un proceso de crecimiento, de cambios cualitativos importantes pero insuficientes para comprender los niveles de madurez y las capacidades que van logrando gradualmente las personas. (4)

Se debe procurar y hacer todos los esfuerzos por diagnosticar de forma más temprana, antes de los tres meses de edad, momento en el cual el tratamiento sencillo tiene un éxito de cerca del 95%. De esa edad en adelante los resultados favorables son progresivamente menores. (5)

Para el diagnóstico es necesario realizar una buena exploración física y un adecuado seguimiento hasta la edad escolar. Es fundamental realizar un diagnóstico temprano para optimizar los resultados del tratamiento, disminuyendo así el riesgo de complicaciones.

En el mundo la relación de aparición de este problema es aproximadamente de 1- 2% por 1000 nacidos vivos. En Alemania la Displasia del Desarrollo de Cadera aparece entre 2-4% de los recién nacidos vivos. En Chile tiene una incidencia de 7 por 10 000. En los indios americanos, la relación es de 30 por 1000. En Cuba la relación es de aproximadamente 3-4 por 1 000 nacidos. (6), en nuestro país solo se puede presumir de la real incidencia debido a que no existe bibliografía fiable que determine con certeza la presentación de dicha patología.

En el aparato locomotor se necesita una integridad anatómica y fisiológica adecuada para llevar a cabo de manera eficaz su función, al encontrarse alguna alteración morfológica o funcional se va encontrar afectada la marcha o se realizará en forma inadecuada. En la Displasia del Desarrollo de Cadera, la articulación afectada es la coxofemoral y en consecuencia existe alteración en la deambulación, esto se debe a las alteraciones en la morfología de las superficies articulares tanto en el acetábulo, como en la cabeza humeral, determinando así una pérdida absoluta de la relación entre las superficies articulares que conforman la articulación coxofemoral. (7)

Se consigue corregir adecuadamente cuando se realiza un diagnóstico y tratamiento temprano; el diagnóstico precoz es fundamental para optimizar los resultados de tal manera, que entre más cercano se inicie el tratamiento existirá una probabilidad más alta en la funcionalidad adecuada del aparato locomotor.

Teniendo conocimiento de estos conceptos podemos determinar que la forma adecuada de enfrentar esta patología es el diagnóstico precoz que solo se puede lograr identificando de forma eficaz la presencia de esta patología en nuestra población e interrelacionando adecuadamente criterios para un tratamiento individualizado, preciso y adecuado para cada niño o niña de acuerdo a la edad que sea diagnosticado, con tratamientos oportunos y con resultados satisfactorios, con bajos costos, menos riesgo y reducción de secuelas físicas que se evidenciaran en la adultez. (8)

Es, por tal razón, que, con el propósito de prevenir los daños relacionados con la Displasia de Cadera, donde los cuidados que la madre le brinda a su niño se convierten en un bastón importante, y estos, a su vez estén sustentados en un nivel de conocimientos adecuado, conocimientos que es brindado por los profesionales de la salud (médico y enfermera).

Es por ello por lo que se espera que los resultados ofrecidos por la presente investigación sirvan como marco de referencia para motivar al profesional de Enfermería a contribuir en fortalecer las sesiones educativas y de aprendizaje que se le brinda a las madre con niños menores de 6 meses con diagnóstico de Displasia de Cadera.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Displasia de Cadera o también llamado Displasia de Desarrollo de Cadera (DDC) es un proceso evolutivo que en muchos niños se resuelve espontáneamente (9). De acuerdo con la edad en la cual se hace el diagnóstico de DDC, el pronóstico es superior (a menor edad, mejor pronóstico), permitiendo un desarrollo “normal” de los lactantes. (10)

En los últimos años, la incidencia de Displasia de Cadera o Displasia del Desarrollo de Cadera ha aumentado considerablemente, reportándose que oscilan entre 10 a 13%. Es una patología mundial con una incidencia variable de país a país. Existe una prevalencia actual de la patología que oscila de 0.8 a 1.6 casos por cada 1,000 nacidos vivos en países desarrollados pero con altas tasas que fluctúan de los 10 a 100 casos por cada 1,000 nacimientos entre las comunidades étnicas en donde los niños son tradicionalmente vestidos con sus caderas en extensión y aducción; siendo casi 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. (11)

Al nacimiento no existe signo-sintomatología característica y ocasionalmente pueden observarse una extrema flaccidez o rigidez de

las extremidades, de manera que un examen clínico inicial puede conducir a errores; por lo tanto, como la DDC no siempre se detecta en el periodo neonatal, los niños menores de un año deben ser examinados en forma sistemática en cada consulta pediátrica para detectar esta patología. (8)

Mucho se ha argumentado sobre la génesis de la enfermedad, actualmente hay consenso en el hecho de que es el resultado final de la mezcla de factores genéticos y ambientales. A grandes rasgos, se piensa que algunos factores genéticos predisponen a los neonatos a nacer con articulaciones coxofemorales muy laxas (1 de cada 80 recién nacidos) las cuales, por lo general y en la mayoría de los casos, corregirán en las primeras semanas de vida. Sin embargo, si en este lapso las caderas laxas, que en el útero estaban flexionadas, son extendidas de forma pasiva la cabeza femoral puede dislocarse y subsecuentemente recolocarse o mantenerse dislocada. Es evidente que esta patología más que una enfermedad del nacimiento es una sucesión de eventos. Por esto es importantes que se haga conciencia sobre la importancia de interrumpirlos precozmente (5)

Los factores tradicionales de riesgo de DDC descritos en la literatura incluyen: la posición de nalgas, sexo femenino, primogénito, e historia familiar positiva. Estos factores de riesgo se cree que son aditivos. La presentación podálica puede ser el factor de riesgo más importante por sí sólo, con tasas reportadas de 28,4%, en niñas y de 0.4-1.8% para los niños en posición podálica. (12)

Los exámenes utilizados para confirmar el diagnóstico de displasia son, de manera inicial en el niño menor de tres meses, la ecografía de caderas realizada por un radiólogo experto en su interpretación, durante el primer mes de vida, ningún signo físico es patognomónico (13) y en niños mayores la radiografía de pelvis. Radiografías realizadas antes del tercer mes de vida tienen menor utilidad debido a que en estos niños, cerca de un 80% de la articulación, está constituida por cartílago, el cual no es visible a los Rayos X. Una vez hecho el diagnóstico, deben

realizarse controles clínicos y radiográficos periódicos para determinar la respuesta al tratamiento. (1)

Un factor de riesgo menos conocido, pero importante, es la práctica de envolver al niño con las piernas extendidas y en aducción. Lo corrobora el incremento aparente de DDC observado en varias culturas, como la japonesa e indios Navajo y en nuestra población que han practicado técnicas tradicionales de envolver al niño con las piernas en extensión y aducción, lo cual aumenta el riesgo de DDC. El concepto de "pañal seguro", que no limita la movilidad de la cadera, ha demostrado reducir el riesgo de padecer esta enfermedad. (14) (15)

En nuestro medio, no se cuenta con datos estadísticos precisos, la realidad es que no sabemos cuál es la prevalencia de esta patología en nuestro medio, ni de los factores de riesgo predisponentes a esta condición, ya que muchas veces el diagnóstico es tardío y su enfoque no es en la prevención ni detección temprana, sino más bien se enfoca en el tratamiento para mejorar el desarrollo motor con las secuelas de esta patología (16)

Si el diagnóstico de displasia de cadera no es diagnosticada de forma temprana, cambios secundarios pueden impedir el crecimiento normal de la articulación de la cadera e incrementar el riesgo de enfermedad articular degenerativa. (17)

Una vez que el niño comienza a caminar, los síntomas pueden incluir: contoneo o cojera al caminar; una pierna más corta, por lo que el niño camina sobre los dedos del pie en un lado y no en el otro; la región lumbar del niño se curva hacia adentro. (18)

Sin tratamiento, la displasia de la cadera puede tener consecuencias en la edad adulta, incluso, puede llevar a osteoartrosis de cadera, y, por tanto, desembocar en invalidez en adultos jóvenes. (18)

Por lo tanto, el cumplimiento de todos los cuidados destinadas a la recuperación y rehabilitación del niño frente al tratamiento de la Displasia

de Cadera, serán desarrollados por la madre, es ahí que el nivel de conocimiento a acerca de la patología se convierte en un determinante de la salud del niño afectado, tal conocimiento va a permitir en la madre la predisposición para que asimile la Educación Sanitaria que se le brindara para que pueda realizar adecuadamente los cuidados en su niño con Displasia de Cadera. (19)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Qué relación existe entre el conocimiento y cuidados que brindan las madres a sus niños menores de 6 meses con Displasia de Cadera, atendidos en la Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres de niños menores de 6 meses con Displasia de Cadera?
- ¿Cuál es el conocimiento sobre la Displasia de Cadera en las madres de niños menores de 6 meses con Displasia de Cadera?
- ¿Cómo son los cuidados que brindan las madres a sus niños menores de 6 meses con Displasia de Cadera?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre conocimiento y cuidados que brindan las madres a sus niños menores de 6 meses con Displasia de Cadera, atendidos en la Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las madres de niños menores de 6 meses con Displasia de Cadera.
- Determinar el conocimiento sobre la Displasia de Cadera en las madres de niños menores de 6 meses atendidos en la Clínica San Juan de Dios.

- Describir los cuidados en la Displasia de Cadera que brindan las madres a sus niños menores de 6 meses que acuden a la Clínica San Juan de Dios.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

La Displasia del Desarrollo de Cadera es una de las causas más frecuentes de artrosis de cadera en el adulto joven y responsable de numerosas artropatías de caderas después de la quinta década de vida. Un diagnóstico precoz por el especialista, en los primeros meses de vida, permite el tratamiento oportuno y la disminución de las secuelas de los casos como por ejemplo la artrosis a largo plazo.

El desarrollo infantil es un proceso de cambios continuos, sucesivos y progresivos que experimenta el individuo durante su crecimiento, en el que confluyen y se interrelacionan factores biológicos, ambientales y sociales. Este proceso se caracteriza por la adquisición de una identidad física, psicológica y social que equilibre las necesidades del niño o la niña con las del contexto social y ambiental en que está inserto. El resultado de este proceso puede describirse en distintas áreas de desarrollo físico, cognitivo, emocional y social. Las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad, son consideradas como riesgos ambientales. Es por ello que la niñez en nuestro país está mucho más propensa no solo a enfermar y morir por causas de diversas enfermedades, sino también a ver disminuido sus posibilidades de crecimiento y desarrollo normal, si no se realiza un tratamiento adecuado y eficaz.

Es por ello que esta investigación guarda pertinencia con la profesión de Enfermería, porque la Enfermera es la que tiene el trato más directo con las madres de familia en brindar conocimientos y cuidados adecuados, ya que despliega una amplia labor al brindar atención a la persona, familia y comunidad, en las diferentes etapas de la vida y en la salud y enfermedad. En tal medida realiza actividades de promoción, prevención y rehabilitación de la salud, y de esta manera se intenta informar a las madres de la importancia que tienen los cuidados que brinden a su

menor hijo con diagnóstico de Displasia de Cadera, la cual está relacionada con el conocimiento que posee la madre acerca de la patología, ya que, las experiencias que vive el niño y los estímulos favorables que recibe en el contacto con otros, son muy importantes para un crecimiento y desarrollo adecuado.

La labor profesional de enfermería abarca el cuidado de la salud tanto del individuo como de la colectividad, favoreciendo el desarrollo del ser humano en sus diferentes espacios, con un enfoque holístico, también fortalece y refuerza sus capacidades y potencialidades para su autocuidado hacia el bienestar en todos los sentidos. Por ello esta profesión es amplia y valiosa, y en nuestro país está amparada bajo una Base legal, según el Reglamento de la ley No 27669 del trabajo de la Enfermera, menciona que el profesional de enfermería: “Interviene en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, en los procesos de Promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad.

En este presente estudio nos vamos a centrar en el segundo nivel de prevención o prevención secundaria la cual tiene que ver con la detección precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad. En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Es de actualidad, porque la calidad de los cuidados que brinda la madre a su niño está sustentada en la información que poseen acerca de un determinado tema, y los encargados de brindar información precisa y veraz al respecto son los profesionales de la salud, especialmente la enfermera, porque cumple con la función educadora.

La enfermera tiene un rol trascendente en este campo a través de la educación en los diferentes grupos poblacionales con la formación de conductas promotoras de salud, se toma como referencia el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender porque sirve para integrar los métodos de Enfermería en las conductas de salud de las personas. Finalmente, su utilidad está fundamentada en el área de Enfermería Pediátrica, porque permite explorar los factores que determinan el desarrollo del conocimiento, ya que, es responsabilidad de la enfermera promover, conservar y restablecer la salud, para que los conocimientos que se le brinde a la madre acerca de los cuidados específicos en la Displasia de Cadera, lo cual ayudara a un mejor cuidado en casa, ya que los beneficiados directos serán los niños, para su pronta recuperación.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Durante la revisión bibliográfica de documentos y trabajos relacionados con el objeto de estudio propuesto, se encontraron investigaciones relacionadas, las que se detallan a continuación:

2.1.1. A nivel Internacional

- Onostre R. (2012) Llevo a cabo el estudio titulado “Developmental dysplasia off the hip in a primary cara center”. En el país de Bolivia. El objetivo que se planteo fue identificar antecedentes, cuadro clínico y radiológico de un grupo de niños y niñas con displasia del desarrollo de cadera (DDC). La metodología empleada fue diseño descriptivo, longitudinal y prospectivo. Método de muestreo no probabilístico. Ingresaron al estudio todos los niños y niñas con diagnóstico clínico y radiológico de DDC. La población estuvo conformada por niños y niñas de 3 meses a 1 año, que acudieron a la consulta pediátrica de “control de niño sano” en el Centro de Salud San Antonio Alto, entre junio del 2007 y junio del 2008. La muestra conto con 82 casos de niños(as) con DDC. Los resultados obtenidos fueron el 75,5% de los afectados fueron del sexo femenino y 24,5% del sexo masculino. La cadera más afectada

fue la izquierda en un 53%, la derecha en 24% y en forma bilateral un 23% de los casos. La relación encontrada entre DDC izquierda y derecha fue de 2.2: 1. El 84% sin desplazamiento, 10% con subluxación y 6% con luxación total. El signo más frecuente encontrado fue la limitación a la abducción en el 100% de los casos (82), seguido de la asimetría de pliegues glúteos y muslo en el 78% (64 casos). El signo de Ortolani y Barlow se evidenció en 5 casos en niños de 3 meses de edad (6%), 4 casos de acortamiento de la extremidad y un solo caso de claudicación. (4)

- Saeteros, X. (2013) Llevo a cabo un estudio titulado “Factores de riesgo para Displasia de la Cadera en desarrollo en niños De 0 a 12 Meses Del Hospital Vicente Corral “. En la ciudad de Cuenca – Ecuador. El objetivo que se planteo 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. La metodología empleada fue que trató de un estudio de casos y controles, llevado a cabo en la Consulta Externa de Pediatría, Ortopedia y Traumatología, se consideraron casos a los que presentaron displasia de cadera en desarrollo y controles a niños sin displasia pareados por edad y sexo. La población estuvo conformada por 320 niños a estudiar con una relación caso/control de 1:2. La conclusión a la que llegaron fue que en nuestra 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. (20)

2.1.2. A Nivel Nacional.

- Caballero, M. (2016) Llevo a cabo un estudio titulado “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”. En la ciudad de Lima. El objetivo que se planteo fue 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. La metodología empleada fue un estudio observacional, retrospectivo, analítico con enfoque cuantitativo donde se revisó las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Displasia del Desarrollo de Cadera atendidos en consultorio externo del Servicio de Traumatología Pediátrica durante el año 2014. La muestra conto con un total fue de 82 lactante que tuvieron diagnóstico de Displasia del Desarrollo de Cadera. 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%. La conclusión a la que llegaron fue las diferencias entre los pacientes con diagnóstico de DDC en referencia a la exposición a factores predisponentes fueron estadísticamente significativas en los siguientes casos: antecedentes familiares, género femenino, primera gestación, y Oligohidramnios. (8)

- Onton, B. (2015). Llevo a cabo un estudio titulado “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”. El objetivo que se planteo fue determinar los factores de riesgo y evolución al tratamiento fisioterapéutica de la enfermedad luxante de cadera en niños menores de un año durante el último quinquenio. La metodología empleada fue de tipo descriptivo. La población estuvo conformada por 132 pacientes con diagnóstico de enfermedad luxante de cadera y el grupo control por 264 niños menores de un año. Los resultados obtenidos fueron que los niños menores de 1 año tienen una incidencia en el año 2010 con 29,95%; sigue el año 2014 con 26,54, después el año 2012 con 26,18, continúa el año 2013 con 23,55% y finalmente el año 2011 con 22,35 por cada mil niños menores de un año. En relación con los factores de riesgo y enfermedad de cadera se halló significancia por el sexo femenino, primípara, presentación podálica, oligohidramnios, bajo peso al nacer y macrosómico, parto pre terminó con un p menor al 0.05. La conclusión a la que llego fue que existe una alta incidencia de enfermedad luxante de cadera y la evolución con el tratamiento fisioterapéutico tiene efectividad significativa en la displasia con afectación unilateral y bilateral; pero en menor medida para la luxación. (21)

2.1.3 A Nivel Local

- Arenas, S. (2015) Llevo a cabo el estudio titulado “Conocimiento de displasia de cadera en madres de niños menores de 1 año que asisten al consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud de Ampliación Paucarpata, Arequipa 2014.” El objetivo del estudio de investigación fue determinar el conocimiento de displasia de cadera en madres de niños menores de 1 año. Para tal fin se encuestó a 192 madres de niños menores de 1 año. Se muestran resultados

mediante estadística descriptiva. El nivel de conocimientos sobre el concepto de displasia de cadera en las madres es medio (65.10%), sobre etiología es alto (63.02%), sobre diagnóstico es también alto (92.19%), y tratamiento (69.27%). El tipo de conocimiento predominante es científico (66.15%), mientras que el conocimiento vulgar alcanzo un 23.44%, de ambos conocimientos 6.77% y un 3.65% no tiene ningún tipo de conocimiento. Se concluye que el conocimiento global de displasia de cadera es alto en 99.48% de madres y es de tipo científico en 66.15% de madres. (22)

- Ranilla, F. (2014). Llevo a cabo un estudio titulado “Relación de la Displasia Congénita de Cadera en el Retraso del Desarrollo Psicomotor en los Niños de 3 meses a 2 años en el Servicio de Terapia Física - Área de Niños del Hogar Clínica San Juan de Dios - Ceri”. El objetivo que se planteo fue determinar la relación de la displasia congénita de cadera en el retraso del desarrollo psicomotor en niños de 3 meses a 2 años. La metodología empleada fue no Experimental, de nivel explicativo correlacional y de diseño trasversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes entre 3 meses a 2 años. La conclusión a la que llegaron fue que el 76.6% de los niños tienen retraso del desarrollo psicomotor en los comportamientos postural, motor y cognitivo, el 66.7% tienen retraso del desarrollo psicomotor en el comportamiento personal social. Muestra que el 66.7% presentan displasia de cadera leve; entonces se puede decir que los niños atendidos en el servicio de terapia física, con displasia de cadera tienen retraso en el desarrollo psicomotor. (23)

2.2. BASES TEÓRICA

2.2.1. Modelo De Calixta Roy

Ella desarrollo conceptos básicos en los que fundamentaba su Teoría, específicamente en la observación que realizo en los niños con problemas, y refería que estos tenían gran capacidad de

recuperación y de adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes. Así mismo ella nos refiere que el sistema de adaptación es como un todo que tiene un propósito que se relacionan entre si está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales.

Las enfermeras deben tener en cuenta las áreas de adaptación de las personas para luego llegar a un diagnóstico junto con los objetivos que giran alrededor de la persona. Así mismo se debe tener en cuenta el modo fisiológico y físico de adaptación en relación a las necesidades básicas como son la de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, y de protección.

2.2.2. Modelo Teórico de Nola Pender.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación favorecedora de salud, cuando existe una pauta para la acción. Nola Pender menciona que dentro de los aspectos que influyen en la persona para llevar una conducta protectora de salud, está el afecto relacionado a una actividad, el que para la autora son sentimientos subjetivos de tipo positivo y negativo que una vez clasificados cognoscitivamente y en la memoria, impulsan una conducta, y una manera de actuar frente un problema de salud. (24)

- Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
- Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.
- Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los

entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

- La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.

El modelo podría influir en la interacción entre la enfermera y el consumidor. Pender ha respondido al entorno político, social y personal de su tiempo para definir el papel de la enfermera a la hora de suministrar servicios de promoción de la salud a personas de todas las edades. (25)

Pender logra abordar las conductas de salud en el paciente motivadas por un deseo de mejorar para lograr un bienestar físico y emocional. Se puede observar que el Modelo de Promoción de la Salud es aplicable a cualquier situación de cambio de conducta para ampliar la calidad de vida no solo de las personas que se encuentran aparentemente sanos sino también de aquéllos que presentan alguna enfermedad, (26), que mediante los nuevos conocimientos que adquieran les ayudara a preservar mejor su salud.

Se deben de tomar en cuenta las características y experiencias individuales (conducta previa relacionada y factores personales) así como las cogniciones y afecto específicos de la conducta (beneficios y barreras percibidos para la acción, la auto eficacia percibida, el afecto relacionado a la actividad, las influencias interpersonales y circunstanciales) para obtener en el paciente un resultado conductual positivo y para su beneficio como lo es una conducta promotora de salud. (26)

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. (27)

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. El Modelo de Promoción de la Salud tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. (28)

A. Metaparadigmas

a. Persona

Es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

b. Entorno

No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

c. Salud

Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

d. Enfermería.

El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. (27)

B. Aceptación por Parte de la Comunidad Enfermera.

- **Práctica profesional:** La práctica clínica actual como arte implica la formación en la promoción de la salud, una de

las ventajas del modelo es haber diseñado y validado instrumentos para su aplicación.

- **Formación:** La promoción de la salud constituye un nuevo énfasis que queda actualmente por detrás de los cuidados dirigidos a la enfermedad, debido a que la formación clínica se enfoca mayormente a los equipos de cuidados en fase aguda.
- **Investigación:** El modelo de promoción de la salud constituye principalmente un cuestionario para la investigación. El modelo tiene implicaciones para su aplicación debido al énfasis que pone en la importancia de la valoración individual de los factores que se cree que influyen en la modificación de la conducta sanitaria. (28)

Podemos concluir que, en el individuo (madres de familia) los factores cognitivos son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, por lo que se considera que, si una madre posee conocimientos adecuados sobre la Displasia de Cadera y sus cuidados, su participación en el cuidado óptimo de su niño será positivo.

2.2.3. Variable X: Conocimiento.

“El conocimiento surge cuando una persona considera, interpreta y utiliza la información de manera combinada con su propia experiencia y capacidad”. En consecuencia, se puede afirmar que el conocimiento está dado por la interpretación que las personas efectúan con la información disponible, interpretación condicionada por el contexto en el que se desenvuelven y la experiencia que poseen. (30)

No obstante, las diferentes formas de definir el conocimiento, tanto los científicos como los filosóficos, coinciden en que todos de una manera o de otra conocemos, y que gracias al conocimiento el

hombre orienta su existencia en el mundo y aprende a dominar su realidad. (31)

Cabe resaltar que el conocimiento no es innato, es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto. Su conceptualización, entre los más distinguidos se encuentra:

- Mario Bunge, para quien el conocimiento está constituido por un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables, que pueden ser: fundadas, ordenadas, coherentes, claras y precisas; o vagas y difusas. En tal sentido contrasta dos tipos de conocimientos: el conocimiento científico y el conocimiento ordinario.
- Henry Wallon, los conocimientos son: “Datos e información empírica sobre la realidad y el propio individuo, es decir, conocimientos inmediatos situacionalmente útiles de tipo hábitos y costumbres que hace factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado”.
- Rossental, refiere que el conocimiento es: “El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce con el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido”. (31)

Hoy en día, está claro, que el conocimiento es la reproducción de la realidad en el cerebro humano, que se manifiesta bajo la forma de pensamiento y que en última instancia es determinado por la actividad práctica. Se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia. (31)

La mayoría de autores concuerdan en definir el Conocimiento como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo

largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. (31)

A. TIPOS DE CONOCIMIENTO.

- a. Conocimiento vulgar:** Llamado conocimiento ingenuo, directo, es el modo de conocer de forma superficial o aparente. Se adquiere con el contacto directo con las cosas o personas que nos rodean. Surge de la opinión o de la experiencia particular de cada individuo Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación permaneciendo en forma de falsa creencia. (32)
- b. Conocimiento científico:** Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Es un saber producto de una investigación en la que se ha empleado el método científico Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación. (32)

1. Definición de Displasia de Cadera

Se trata de una alteración en el desarrollo de la cadera, ya sea en el acetábulo y/o la cabeza y cuello femoral, y/o de sus estructuras blandas, lo cual implica una amplia gama de trastornos, desde la simple laxitud ligamentaría, hasta la pérdida completa de las relaciones coxofemorales, por el desplazamiento de la cabeza del fémur fuera del acetábulo. (33)

El término displasia del desarrollo de la cadera (DDC), incluye un amplio espectro de desórdenes patológicos, clínicos y radiológicos, que incluyen desde la cadera inestable a la franca e irreductible luxación, pasando por la displasia con subluxación, lo que permite el desplazamiento de la cabeza femoral fuera del acetábulo. El término de luxación congénita de cadera fue sustituido por el de DDC, debido a que en muchas ocasiones la cadera es normal en el nacimiento y presenta anomalías más tarde y la DDC es una patología que puede desarrollarse en el periodo prenatal o postnatal. (8)

La displasia del desarrollo de la cadera corresponde a una alteración en el desarrollo de la cadera, que afecta en mayor o menor grado, a todos los componentes mesodérmicos de esta articulación. Hay retardo en la osificación endocondral de hueso iliaco y fémur y alteración del cartílago articular, y posteriormente, de músculos, tendones y ligamentos. (8)

Se clasifica según grado de severidad, como leve o displasia, moderada o subluxación y severa o luxación.

Conviene distinguir distintas formas de una misma patología:

- **Luxación:** la cabeza femoral está completamente fuera del acetábulo.
- **Subluxación:** la cabeza no tiene una situación normal en el fondo del acetábulo, sino que está simultáneamente exteriorizada y ascendida, aunque no está completamente fuera del acetábulo. (8)
- **Displasia:** defecto estructural del desarrollo de la cadera que se caracteriza por una deformación de la cavidad acetabular.

Clasificación de la luxación

- **Típica:** cuando el trastorno de la cadera ocurre en un niño normal. La presentación puede ser prenatal cuando ocurre en el útero; perinatal si ocurre alrededor del nacimiento o posnatal si se

desarrolla después del nacimiento. En los casos típicos podemos encontrar los diferentes tipos de presentación, ya sea la cadera luxable, subluxada o luxada, y los signos clínicos al examen físico van a depender del momento en que se produjo la patología, siendo más severos y precoces entre más temprana es la presentación. (33)

- **Atípica:** aquella que está acompañada por otros desórdenes congénitos severos, alteraciones genéticas o problemas neuromusculares. Cuando los cambios se producen en el útero se establecen importantes retracciones musculares; si la cadera está luxada al momento del nacimiento, la cabeza femoral casi siempre está ascendida y no se puede reducir con maniobras suaves. (33)

A. FRECUENCIA

La DDC es una de las enfermedades ortopédicas más comunes, afectando a un 0.1 a 3% de la población. Su incidencia varía, según la presencia o ausencia de factores de riesgo, entre 1.5 a 20.7 por cada 1000 nacidos vivos. Aunque en la mayoría de los casos no se identifican los 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 antecedentes de presentación podálica. (34)

Aproximadamente 1 de cada 20 niños nacidos a término presentan cierta inestabilidad de cadera y 2-3 de cada 1000 niños requerirán tratamiento. A pesar de la frecuencia y posibilidad de causar discapacidad por toda la vida, la comunidad en general tiene escaso conocimiento de esta enfermedad. (35) Si esta patología no se corrige en forma adecuada, causará discapacidad física importante en la adultez. (36)

B. EMBRIOLOGÍA Y ANATOMÍA DE LA CADERA

El período embrionario corresponde a los dos primeros meses de la vida intrauterina durante la que se desarrolla la embriogénesis. Es el período de las malformaciones. En el embrión de 4 semanas (5 mm) aparecen las yemas de los miembros inferiores. Las células mesenquimatosas se orientan para trazar los esbozos femorales (tronco de cono) y pélvico (disco), que se separan muy pronto por una condensación celular. Al final de la séptima semana (22 mm), aparece la hendidura articular, que separa el acetábulo y el fémur, debido a una degeneración celular inducida desde los primeros movimientos. (37)

El acetábulo puede individualizarse desde la novena semana (40 mm). No puede haber una luxación antes de esta fecha. En este período, también aparecen el cartílago articular, músculos, nervios y vasos. Una vez culminada la organogénesis, la cadera posee todas las estructuras constitutivas y pasa al período fetal. El mecanismo de crecimiento es doble. El crecimiento intersticial exponencial e inespecífico sigue el programa genético y produce una estructura maleable sobre la que se aplican fuerzas mecánicas cada vez mayores debido al crecimiento del feto. (37)

Este modo de crecimiento persiste después del nacimiento, con una cinética considerablemente menor. El crecimiento seriado tiene lugar por las placas de conjunción, que se sitúan en los extremos de cada fragmento diafisario osificado, encargándose del crecimiento axial y, en menor medida, transversal en el seno del cartílago, seguido de una reabsorción del cartílago que se sustituye por tejido óseo. El crecimiento seriado aparece secundariamente. (37)

El tejido que genera es mucho menos maleable que el surgido por crecimiento intersticial. Durante el tercer mes, las arterias centrales de los moldes cartilagosos inducen una osificación con

aparición de los núcleos óseos primarios: el núcleo primario de la diáfisis femoral y los núcleos primarios de los tres constituyentes del hueso ilíaco: ilion, isquion y pubis. En la unión de estos tres fragmentos se constituye el acetábulo, más particularmente el cartílago en Y. (37)

A partir del quinto mes, la cadera del feto continúa su crecimiento global: la cabeza femoral pasa de un diámetro de 7 mm a los 5 meses a 12 mm al nacer. El cuello sigue siendo corto y rechoncho, mientras que el trocánter mayor está especialmente desarrollado. En el acetábulo, que rodeaba por completo la cabeza a los 4 meses de vida intrauterina, aparece una exposición parcial de su zona profunda durante los últimos meses. Al nacer, el acetábulo corresponde a una semiesfera en la que la cabeza femoral es estable y no luxable incluso por las maniobras forzadas, que provocarían más un desprendimiento epifisiario femoral proximal que una luxación. (37)

La cápsula articular, reforzada anteriormente por el ligamento de Bertín, es muy resistente y contribuye a la estabilidad de la cadera. Sin embargo, cuando se reseca esta cápsula, la cadera sigue siendo estable debido a la estabilidad primaria, pero también gracias a la presión negativa existente entre las dos caras articulares. Las movilidades activas y pasivas, que son limitadas al final de la gestación, quedan liberadas al nacer, lo que permite una remodelación armoniosa del acetábulo cartilaginoso y de la cabeza femoral. El perímetro del acetábulo corresponde al borde prominente del limbo, que rodea firmemente la cabeza femoral. En el lado femoral, el cuello es muy corto y sustenta la cabeza, que no es perfectamente esférica. (37)

El ángulo cervicodiafisario es del orden de 135 a 145°. La torsión femoral que orienta hacia delante el extremo superior del fémur (denominada impropriamente anteversión del cuello) suele ser de 25 a 30° en recién nacidos. Antes del nacimiento, el fémur está

hiperflexionado sobre la pelvis y, debido a la anteversión femoral, la cabeza mira ligeramente hacia atrás, por lo que está perfectamente orientada hacia el fondo del acetábulo, que presenta una discreta anteversión. En cambio, si el fémur está en rotación lateral o presenta una antetorsión femoral importante, la cabeza mira directamente hacia atrás en contacto con el borde posterior del acetábulo y de la cápsula. (37)

La extensión de la cadera que se produce al nacer, que se había incriminado previamente como mecanismo luxante, no presenta en realidad ningún peligro si se realiza con naturalidad. Desde el nacimiento hasta el año, el fémur experimenta un alargamiento del cuello femoral, lo que aleja el trocánter mayor de la cadera, de modo que mejora el brazo de palanca de los músculos glúteos y disminuye la antetorsión femoral proximal de 30 a 10^a. El núcleo de osificación femoral proximal aparece a una edad muy variable, a menudo entre los 3 y 6 meses, pero en ocasiones antes o hasta el año. La maduración del techo del acetábulo provoca una disminución progresiva de su oblicuidad. Desde la edad de la marcha hasta la adolescencia, la cadera continua su crecimiento con una fase de desarrollo preferente del acetábulo 32 entre los 3 y 5 años. El crecimiento de la cadera se culmina al principio de la pubertad, con la fusión de los cartílagos de crecimiento como el cartílago trirradiado, subcapital y trocántereos. La fusión del cartílago de crecimiento del borde lateral del acetábulo puede dar lugar a una cobertura escasa, mientras que la cadera parecía previamente normal. El resultado del tratamiento de una luxación o de una displasia solo se puede evaluar al final del crecimiento. (37)

C. LA CADERA DISPLÁSICA

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. Existe un aplanamiento del acetábulo con un aumento del grosor de su suelo óseo. La grasa pulvina, los ligamentos teres, el labrum y la capsula articular se hipertrofian; y el ligamento transversal se invierte. La presión anormal de la cabeza femoral luxada o subluxada sobre el labrum provoca una hipertrofia del fibrocartilago y forma tejido fibroso. Este labrum voluminoso se denomina limbus y suele estar evertido y adherido a la cara interna de la capsula articular. (38)

Respecto al fémur proximal existe en la displasia de cadera un acortamiento del cuello femoral, una deformidad de la cabeza y un retraso de la aparición del núcleo de osificación secundario. Aunque la existencia de coxa valga está ampliamente aceptada, algunos autores afirman que ocurre exactamente lo contrario y que el fémur proximal adopta una disposición en varo y no en valgo. (38)

1. Etiología de Displasia de Cadera

Para que ocurra un desarrollo adecuado de la cadera es preciso que la cabeza femoral se encuentre correctamente centrada en el acetábulo y que exista un equilibrio entre el crecimiento de los cartílagos trirradiado y acetabular. Cualquier alteración en este equilibrio, ya sea en el periodo intrauterino o en el posnatal, conducirá a un desarrollo alterado de la cadera. Dada la poca incidencia de la DDC en fetos abortados antes de la semana 20, cabe pensar que los problemas ocurran en los últimos meses del embarazo. (38)

Son múltiples los estudios mundiales para tratar de explicar esta patología, pero hasta ahora ninguno ha sido lo suficientemente convincente; se han postulado factores hereditarios, hormonales, ambientales, intrauterinos, laxitud de los ligamentos, etc. Podemos deducir de esto que la luxación congénita de cadera es una entidad de origen multifactorial. (33) Pero podemos encontrar factores de riesgo que pueden determinar un aumento de su frecuencia.

A. FACTORES DE RIESGO

La etiología como ya se mencionó de Displasia de Desarrollo de Cadera es multifactorial.

a. Factores mecánicos: La teoría mecánica, sostiene que fuerzas persistentemente aplicadas pueden originar una deformidad que ocurre con mayor facilidad en periodos de crecimiento. El feto, por su alta tasa de crecimiento y por su relativa plasticidad es muy vulnerable a la deformidad. Las fuerzas deformantes pueden estar provocadas por la musculatura abdominal o uterina; por una postura mantenida, sobre todo en flexión de caderas y extensión de rodillas; o por una disminución del espacio libre para el feto, bien porque el feto sea grande o porque el volumen de líquido amniótico este disminuido. (8)

Este factor mecánico también está presente en los productos con madre primigestas, ya que da lugar a que haya mayor compresión de las caderas, por un útero poco elástico y a estructuras abdominales más tensas. Las deformidades posturales intraútero y el oligohidramnios también se asocian a DDC, incrementándose el problema si el producto es macrosómico. (39)

b. Congénito. Se señala alteración de un gen dominante de baja penetración, localizado en el cromosoma 13, según la observación de varios elementos afectados en una sola familia, que funciona ocasionado un acetábulo displásico e hiperlaxitud ligamentaría. El 12 al 33% de los casos de DCC tienen antecedentes familiares positivos. (39)

c. Hormonal. Durante el embarazo se produce laxitud y alargamiento de los ligamentos pélvicos maternos, por acción de la hormona relaxina. En condiciones normales el hígado fetal conjuga e inactiva a los estrógenos y la progesterona, La no inactivación da lugar a que se incremente la producción de relaxina que a su vez provoca mayor hiperlaxitud articular. El efecto de la relaxina comienza en las últimas semanas del

embarazo y se mantiene presente en las dos primeras semanas de vida extrauterina. (39)

d. Ambiental. Durante la vida intrauterina la articulación de la cadera se conserva en flexión, abducción y rotación medial. Al nacimiento de acuerdo con el medio geográfico o costumbres de la región el niño puede ser envuelto en la posición de extensión, aducción y rotación de las caderas, lo que ha sido reportado por Salter en los indios de Norteamérica, en los que hay una elevada incidencia de DDC y en nuestro medio es más frecuente, donde incluso se carga al niño desde temprana edad con flexión y abducción de caderas, llamada "posición humana. (39)

e. Primiparidad: los niños primogénitos se encuentran afectados con mayor frecuencia ya que la distensión uterina y de la pared abdominal de la madre primípara es menor que la de una mujer que es multípara. (40)

f. Oligohidramnios: hace referencia a situaciones en las que el líquido amniótico presente es menor de lo necesario, aumentando el riesgo de DDC cuando se sufre esta carencia en las últimas fases de gestación. (40)

La suma o combinación de los factores de riesgo, dará lugar a una displasia acetabular con proceso evolutivo a una subluxación o luxación de cadera, según el factor de riesgo a que sea sometido el niño. Por lo tanto, se consideran factores de riesgo en la DDC de acuerdo con: producto: sexo femenino, factores hereditarios, macrosómico, con laxitud articular, presentación pélvica, oligohidramnios, Maternos: primigestas, antecedentes hereditarios. (39)

2. Diagnóstico de Displasia de Cadera

En cuanto al diagnóstico, es de suma importancia que se realice un diagnóstico lo más pronto posible (primer mes de vida) ya que cuanto antes se lleve a cabo un tratamiento, el pronóstico de la enfermedad mejorará. Para ello es muy importante la realización de

exámenes y valoraciones en los primeros instantes de vida del niño, así como durante los primeros meses tanto por parte de profesionales de la salud como por parte de los progenitores del niño. (40)

A. Screening Neonatal.

Una gran parte de los casos son detectados en el periodo neonatal gracias a una exploración a través de unas maniobras que son utilizadas a modo de screening realizándose en los primeros instantes de vida. Cuando el diagnóstico se lleva a cabo previo a los seis meses desde el nacimiento, la probabilidad de resolución con tratamiento conservador ronda el 90-95% (41). Dentro de la exploración clínica del recién nacido podemos valorar:

- Existencia de una limitación al movimiento de abducción debida a una contractura de los aductores.
- Asimetría de los pliegues (sobre todo del pliegue inguinal) junto a una oblicuidad pélvica. Este signo no es fiable porque no en todos los casos el niño lo presenta.
- Técnicas manipulativas de valoración que hacen referencia a la maniobra de Ortolani y la maniobra de Barlow. Es de suma importancia convertir estas maniobras en algo cotidiano en el examen del recién nacido ya que con ellas podemos detectar caderas que se encuentran luxadas (Maniobra de Ortolani) y caderas que presentan la cabeza femoral dentro del acetábulo, pero son luxable (Maniobra de Barlow).

Estas maniobras han de realizarse de forma individual sobre cada cadera para poder comparar el resultado obtenido en ambas. Hay que indicar también que hasta en un 20% de los casos, la DDC puede aparecer de forma bilateral, alterando el resultado al aparecer el mismo sobre ambas caderas. Estas maniobras no están indicadas tras el periodo neonatal por el riesgo que implican de provocar necrosis en la cabeza del fémur (42,11,43).

a. Maniobra de Ortolani: se coloca al lactante en decúbito supino y en posición relajada. El procedimiento consiste en estabilizar la pelvis con una mano y realizar de forma pasiva en primer lugar una flexión de 90 grados de cadera y rodilla con la otra mano. Se deben de colocar segundo y tercer dedo sobre trocánter mayor y el pulgar sobre la rodilla (evitar que el pulgar se encuentre sobre trocánter menor, ya que es doloroso para el niño). Una vez en esta posición se realiza un movimiento suave hacia la abducción de cadera y hacia anterior (respecto a la posición del niño) para intentar reducir la luxación que aparece en la cadera afectada

El test sería positivo cuando se tiene una sensación propioceptiva de que el fémur entra en su sitio, definiéndose como un “clunk de entrada”. No se debe basar el diagnóstico en si aparece un sonido de “click” ya que estos a menudo son normales debido a chasquidos en la articulación o fenómenos de vacío. Esta maniobra da resultados negativos en la mayor parte de los recién nacidos durante las 48-72 horas siguientes al momento del nacimiento (44,8).

b. Maniobra de Barlow: Con esta maniobra buscamos la situación opuesta, se trata de un intento de provocar la luxación de la cadera inestable hacia la parte posterior. Para ello, el examinador realiza de forma pasiva una flexión de 90 grados sobre la cadera y rodilla del niño con ligera ADD, fijando con la otra mano la pelvis, con los dedos índice y corazón sobre trocánter mayor del fémur. Una vez en esta posición se realiza una fuerza moderada hacia posterior y lateral (respecto a la posición del niño). Cuando estamos ante una cadera luxable, notaremos la sensación de salida o “clunk de salida” debido a la salida de la cabeza femoral de la posición normal, notándose un movimiento hacia posterior (8,42).

c. Abducción limitada: Normalmente un recién nacido tiene la abducción completa cuando la cadera está flexionada 90

grados, y su limitación, si hay patología, suele establecerse después de los 2 meses. Se considera limitada la abducción si es menor de 70 grados. Cuando se trata de una luxación teratológica, esta limitación se puede encontrar en el momento del nacimiento o se instaura muy rápidamente y es muy severa. Es quizá el único signo que algunas veces se puede encontrar en una displasia, con mucha frecuencia en las radiografías se encuentran displasias acetabulares severas con examen físico normal. (33)

B. DIAGNOSTICO POSNATAL

Para niños entre los 3 y 12 meses de edad en los cuales se sospeche de DDC valoraremos:

- a. Limitación a la abducción:** En la misma posición de la maniobra de Ortolani se lleva la cadera hacia a la abducción con un movimiento suave. Cuando la limitación es de 60° se comienza a sospechar de DDC (45).
- b. Signo de Galeazzi:** Con el niño en decúbito supino y rodillas flexionadas se valorará la altura de ambas rodillas pudiendo encontrarse un fémur corto o una luxación unilateral de la cadera (45,46).

Es específica para valorar discrepancias en el muslo y cadera y es positiva si el problema es unilateral. Con el niño acostado sobre la mesa de examen, se toman ambas piernas llevando la cadera y la rodilla en flexión de 90 grados observándose la altura de las rodillas; si el segmento femoral de un lado está más corto por luxación de la cadera, la altura de esta rodilla es inferior a la otra. Si la luxación es bilateral, esta prueba generalmente es negativa, a menos que una de las cabezas esté más ascendida. (33)

- c. Movilidad “en telescopio”:** Con el niño en decúbito supino se realizan movimientos de tracción y compresión en la articulación con su rodilla en 90° de flexión. Si se encuentra luxada la cabeza femoral acompaña el movimiento (45).

- d. Asimetría de pliegues:** Estos se deben observar siempre de frente y con frecuencia se encuentra asimetría en niños sanos. Se examinan tanto los pliegues anteriores como los posteriores, y la asimetría se presenta cuando el problema es unilateral. Los autores no se ponen de acuerdo en cuáles pliegues son los que se deben comparar. (33)
- e. Prueba de Allis:** Sirve para observar si existen discrepancias de longitud en las extremidades inferiores, y es positiva si hay acortamiento unilateral. Se coloca al niño en la mesa de examen, las caderas se flejan 45 grados y se coloca la planta de ambos pies sobre la mesa observándose la altura de las rodillas, si existe alguna diferencia de longitud en los segmentos de la extremidad se podrá observar una desigualdad en la altura. Esta prueba no diferencia si la discrepancia es de pierna o muslo. Cuando hay luxación bilateral esta prueba generalmente es negativa. (33)
- f. Prueba de Trendelemburg:** Se puede efectuar cuando el niño ya camina, no es patognomónica de la luxación de cadera y cuando es positiva indica insuficiencia del glúteo medio, que en el caso de luxación se debe a la disminución en la distancia de sus inserciones. El paciente se examina por detrás estando parado, y la cadera que se evalúa es la que queda apoyando; para ello se le pide que levante el pie de la otra extremidad con flexión de rodilla sin mover la cadera; es positiva esta prueba cuando se cae la pelvis del lado que no apoya debido a que el glúteo del lado contrario no es capaz de elevar el peso del cuerpo. (33)

En pacientes que no han sido diagnosticados o en los que el efecto del tratamiento no se ha conservado a largo plazo, en el momento en que comienza la deambulación, el paciente presenta una marcha en Trendelemburg (por hipotonía del glúteo medio) cuando se trata de afectación unilateral y marcha de pato cuando se trata de afectación bilateral (39).

C. EXAMENES POR IMAGEN

1. Radiología: Dentro de las ayudas diagnósticas se encuentran la radiografía anteroposterior (AP) en neutro. La radiografía ha sido tradicionalmente utilizada en la evaluación de pacientes con displasia de caderas. Sin embargo, por la naturaleza cartilaginosa de la cabeza femoral hasta los 4 o 6 meses, su valor en la literatura ha sido considerado como limitado en el diagnóstico precoz a pesar de su amplia disponibilidad y de su bajo costo, reservando su uso para el diagnóstico durante la lactancia tardía y en el seguimiento de pacientes en tratamiento. Desafiando la opinión mundial, en el año 1968 el radiólogo chileno doctor Armando Doberti, reportó el hallazgo de un signo precoz en el diagnóstico de displasia de cadera utilizando radiografía simple. El notó que la cabeza femoral, aun en estado cartilaginosa es responsable de la formación y ubicación de la fosea acetabular. Por otra parte, describió también que el techo acetabular presenta mayor densidad sobre la fosea, por el impacto ejercido por la cabeza femoral cartilaginosa, por lo que no sería necesario esperar la osificación de la cabeza femoral para determinar su localización. El mismo artículo establece que el ángulo formado por el techo acetabular y la línea horizontal (oblicuidad del techo) es independiente del tamaño, profundidad o localización de la fosea acetabular. (40)

Sin embargo, cuando el niño consigue alcanzar la edad de 4 meses, el método que más información diagnóstica nos aporta es una radiografía de cadera y pelvis. Se solicita una radiografía anteroposterior de pelvis en posición neutra con abducción y rotación interna de cadera, donde prestaremos mayor atención a:

- **Línea de Hilgenreiner:** Recta que atraviesa la zona superior de los cartílagos trirradiado. (40)
- **Índice acetabular:** Ángulo formado por dos líneas; una desde el borde superior lateral del techo del acetábulo hasta el borde superior lateral del cartílago trirradiado y la línea de

Hilgenreine. En el nacimiento, los neonatos presentan un ángulo de aproximadamente 30 grados, el cual va disminuyendo en pacientes sanos alrededor de 1 grado cada mes hasta llegar a los 18 grados, mientras que en pacientes con DDC este se ve aumentado. (40)

- **Línea de Perkins:** Perpendicular a la línea de Hilgenreiner a la altura del borde del acetábulo. (40)
- **Cuadrantes de Ombredanne:** formados por la intersección entre las líneas de Perkins y Hilgenreiner que dividen el área en cuatro partes. En situaciones de normalidad la cabeza femoral debe encontrarse en el cuadrante inferior interno, mientras que en pacientes con la patología este se encuentra fuera del cuadrante, indicando luxación. (40)

2. Ecografía

La ecografía por su parte ha sido considerada como un método preciso en la evaluación de la cadera durante los primeros meses de vida. Con esta técnica es posible visualizar la cabeza femoral cartilaginosa, caracterizar el acetábulo y evaluar la presencia de inestabilidad. A principios de los 80s Reinhard Graf, traumatólogo austríaco, dio a conocer el resultado de sus trabajos experimentales utilizando ultrasonido para la evaluación de la pelvis en niños. Su técnica de examen, más popular en Europa, corresponde a un examen estático, obtenido con el paciente en decúbito lateral, en una mesa especial dotada de un cojín que limita los movimientos de la cadera. (8)

El énfasis del examen está puesto en la estructura del acetábulo, evaluado en un plano único, standard, dado por la representación gráfica de algunas estructuras anatómicas coincidentes. Sobre este plano standard se caracteriza el acetábulo y se mide la oblicuidad del techo acetabular (ángulo acetabular). (8)

Entendiendo el espectro de alteraciones morfológicas como un continuo, Graf clasificó las caderas en cuatro tipos morfológicos, que consideran la edad del paciente y que plantea la necesidad de tratamiento:

Caderas normales y, por tanto, sin indicación de tratamiento.

- **Caderas tipo I:** techo óseo bueno, techo cartilaginoso envolvente, ángulo α igual o mayor de 60° , ceja ósea angular.
- **Caderas tipo IIa:** techo óseo suficiente, techo cartilaginoso envolvente, ángulo α entre 50° y 59° , ceja ósea redondeada, en niños menores de 12 semanas de vida).

Caderas anormales con indicación de tratamiento.

- **Caderas tipo IIb:** igual al tipo IIa pero en niño mayor de 12 semanas. (8)
- **Caderas tipo IIc:** cadera ecográficamente inestable, aunque está centrada, con techo óseo insuficiente, ángulo α entre 43° y 49° , ceja ósea redondeada o plana y ángulo β entre 65 y 77° . (8)
- **Caderas tipo II d:** descentrada, con techo óseo insuficiente, ángulo α entre 43° y 49° , ceja ósea redondeada o plana y ángulo β mayor de 77° . Es la primera etapa de la luxación. (8)
- **Caderas tipo IIIa:** cadera descentrada, cabeza femoral luxada, techo óseo malo, ceja ósea plana, techo cartilaginoso desplazado hacia craneal, cartílago hialino del techo econegativo). (8)
- **Caderas tipo IIIb:** descentrada, cabeza femoral luxada, techo óseo malo, ceja ósea plana, techo cartilaginoso desplazado hacia craneal, cartílago hialino del techo es ecogénico (alterado en su estructura). (8)
- **Caderas tipo IV:** descentradas, con techo óseo malo, y techo cartilaginoso desplazado hacia caudal en dirección al cotilo primitivo). (8)

Se realizó una revisión sistemática en la cual se ratifican las conclusiones de las guías de práctica clínica de la American Academy of Pediatrics y la Canadian Task Force de las cuales no recomiendan realizar ecografía de caderas en todos los casos, ya que se tienen conocimientos actuales clínicos, pues además se orientaría un sobre diagnóstico y un tratamiento no siempre necesario. Se considera que es conveniente “realizar ecografía de caderas, a las 6 semanas de edad, a las niñas con historia familiar de DDC y en cualquier niño en presentación podálica; y no se precisa la ecografía en RN con signos evidentes de cadera luxada, teniendo en cuenta que la presencia de “signos blandos” (asimetría de pliegues, asimetría de piernas, limitación de la abducción, clic de caderas persistente) conlleva una exploración dudosa, que se debe confirmar a las dos semanas”. (8)

3. Tratamiento de Displasia de Cadera.

Los objetivos principales en el tratamiento de la displasia de cadera son la reducción de dicha articulación para recuperar la posición correcta, estabilizar y normalizar la anatomía de cadera y el posterior mantenimiento de la misma con el fin de garantizar un correcto desarrollo de la articulación existiendo un buen crecimiento en conjunto del acetábulo y la cabeza femoral (8).

El tratamiento en la DDC se lleva a cabo en tres fases: reducción, estabilización y maduración (47). Con la reducción se busca recuperar la posición correcta de tal forma que no interfieran tejidos blandos en la misma y asegurándose una correcta irrigación de la cabeza femoral evitando así una necrosis avascular de la cabeza femoral (8).

En función del momento en el que se lleva a cabo el diagnóstico:

A. En las primeras semanas (desde el nacimiento del niño hasta aproximadamente los 6 meses de vida) suele ser suficiente la colocación de un arnés de abducción (arnés de Pavlik o férula

de Frejka) con el objetivo de mantener las caderas en una posición correcta de tal forma que exista una situación lo más ajustada posible de la cabeza femoral en el interior del acetábulo (8).

La indicación precisa para utilizar el arnés de Pavlik es en un paciente menor de 6 meses de edad, portador de displasia del desarrollo de la cadera, variedad luxada unilateral o bilateral. Paciente de hasta 6 meses de edad, ya que después de esta edad, se hace más difícil su uso por el incremento en el peso, talla y fuerza del paciente, lo que puede ocasionar complicaciones. (57)

La cadera debe poder reducirse (abocarse) fácilmente con maniobra de abducción, mientras la cadera se encuentra en flexión. El arnés debe estar fabricado con correas de poliéster o nylon y ganchos de plástico. Con el arnés colocado el paciente debe estar cómodo, las correas ajustadas sin zonas de presión, manteniendo la cadera con flexión (100° - 110°) y abducción (60°) con rodillas en flexión de 90° . Es necesario confirmar por radiografía o ultrasonido (US) que la cadera se encuentra reducida. (57)

Se requiere de un seguimiento frecuente con revisión cada dos a cuatro semanas para corroborar la evolución del tratamiento y realizar ajustes al arnés debido al crecimiento del niño. Generalmente la estabilidad de la cadera se consigue dentro del primer mes de tratamiento y el arnés debe mantenerse por un periodo de 3 a 4 meses. (57)

En caso de no lograrse la estabilidad (reducción) de la cadera en el primer mes de tratamiento debe suspenderse el uso del arnés. El retiro definitivo del arnés puede realizarse en forma brusca y no es necesario retirarlo progresivamente, una vez que se ha

corroborado la reducción de la cadera. En caso de persistencia de displasia acetabular se puede continuar el tratamiento con otro tipo de ortesis de abducción de cadera: cojín de Frejka. (57)

Otras indicaciones para su uso son: Subluxación de cadera y displasia acetabular. Contraindicaciones: Reducción forzada de la cadera con hiperflexión y abducción excesiva. Contractura muscular de la cadera que impida la reducción. Asociación de otras afecciones musculoesqueléticas. Es necesario enfatizar que su función es mantener la reducción de la cadera que se adquiere al flexionar y abducir la cadera gentilmente. (57)

El tiempo que el niño debe llevar el arnés es de 24 horas al día, y a medida que mejora, este tiempo se va disminuyendo, permitiendo horas de baño o juego del niño. Hasta los 4 meses de edad el seguimiento se realiza mediante ecografía, de 4 a 6 meses con ecografía y radiografía simple y a partir de los 6 meses únicamente mediante radiografía (48).

El arnés de Pavlik es el único aditamento que, por sus características, permite mantener la cadera en posición permanente de reducción (flexión y abducción) y con movilidad activa continúa constituyéndose en un tratamiento dinámico con el cual se logra la corrección, estabilidad y desarrollo de la cadera. (57)

Existen otras ortesis que se han utilizado para el tratamiento de la luxación de cadera (cojín de Frejka, férula en "H", férula de Von Rosen, etc.) pero su uso se ha abandonado debido a la rigidez del aditamento y la necesidad de mantener una posición de abducción forzada, lo que ocasiona fracasos en el tratamiento y osteonecrosis frecuente. (57)

La primera experiencia con la utilización de este arnés se presentó por su creador, Arnold Pavlik en el año de 1946. Diseñado como un tratamiento funcional en la luxación de la cadera con la finalidad de contrarrestar los malos resultados obtenidos con el tratamiento conservador en la cadera luxada y sobre todo por los altos índices de necrosis avascular. A partir de esa fecha, Pavlik publicó va varios artículos (1950-1959) en los que demostraba la utilidad del método. (57)

La experiencia de Pavlik se desarrolló inicialmente al lado de Bredich Fredjka y su arnés es el resultado de la experiencia de la utilización de otros arneses (estribos) ideados y desarrollados en la misma época por médicos interesados en el tratamiento de esta problemática como lo fueron: Le Damany, Gruca, Kafka, Bauer quienes utilizaron estribos semirrígidos y el diseñado por Marino Ortolani muy similar al de Pavlik. Posteriormente varios autores han documentado resultados que van del 80 al 100% de éxito. (57)

La ortesis ideal para el tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera en cualquiera de sus variedades de presentación (luxada, subluxada, luxable y displasia acetabular) es el arnés de Pavlik. Este aditamento se caracteriza porque además de ser un tratamiento funcional, es económico, sencillo en su colocación, de fácil manejo por los familiares y brinda resultados muy satisfactorios con mínimas complicaciones. (57)

Como contraposición se ha demostrado que la probabilidad de conseguir un tratamiento exitoso con este método es indirectamente proporcional al paso del tiempo en la vida del niño, encontrando los mejores resultados en menores de 4 meses. Aun así, no es un método 100% efectivo, quedando demostrado que en el 20% de los niños tratados con arnés de Pavlik no se logra resolver el problema, aumentando este

porcentaje conforme aumenta la edad del niño (de 4 a 6 meses el porcentaje de fracaso es del 35%) (48).

En el caso de que no se consiga una reducción a través de estos dispositivos tras 6 meses, la indicación será realizar una reducción quirúrgica cerrada. La causa de que no se realice antes son motivos relacionados con la anestesia. (48)

B. Desde los 6 a los 18 meses: Cuando el diagnóstico se lleva a cabo en este periodo o cuando con los tratamientos previos no se ha conseguido la reducción, se recomienda que se lleve a cabo una reducción quirúrgica cerrada (9).

- Si el niño ya ha cumplido la edad de 18 meses, la valoración ha de llevarse a cabo por un especialista cuanto antes. Este valorará la necesidad de utilizar otras medidas para la reducción de la luxación como puede ser una intervención quirúrgica abierta (9).

La reducción abierta estará indicada en los casos en los que no se haya conseguido previamente por otros métodos. Dado que el riesgo de necrosis avascular aumenta con la edad, no se recomienda realizar una reducción cerrada en pacientes mayores de dos años. Cuando se realiza una reducción abierta el cirujano tiene como objetivo la eliminación de las barreras que impiden la reducción articular. De este modo seccionará ligamento redondo y acetabular transverso, limpiará el fondo acetabular y seccionará el tendón del psoas que se encuentra retraído. (46)

C. Detección

Se realiza a través del pediatra neonatólogo al nacimiento y posteriormente con el pediatra, que deberá realizar una exploración la cadera en cada control, especialmente en los

casos con factor de riesgo. La detección precoz, él envió al ortopedista y el tratamiento adecuado impedirá tratamientos severos y resultados no satisfactorios. Los niveles de prevención son:

- **Primer nivel:** Promoción de la salud. Programas de difusión a la población, mejorar las condiciones de salud en la población, mejor distribución de los centros médicos especialmente en las zonas rurales, capacitación a médicos de primer contacto. Explorar al lactante en la cadera en cada visita.
- **Segundo nivel:** Protección específica del lactante. Evitar arropar al lactante con extensión de caderas y rodillas. Transportarlo en “cangurera”.
- **Tercer nivel:** Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estudio clínico, Rx: subluxación, Arnés de Pavlik; luxación: reducción cerrada o abierta. Control clínico y Rx hasta la vida adulta.
- **Cuarto nivel:** Limitación del daño. Luxación. Tracción cutánea, molde de yeso en posición fisiológica .de acuerdo artrografía: No interposición de labrum: tenotomía de aductores y psoas iliaco, reducción por maniobras externas y molde de yeso en posición fisiológica. Interposición de labrum: tenotomía de aductores y psoas, reducción abierta, molde yeso en 2ª posición. Contención: osteotomía de iliaco; osteotomía varizante y desrotadora femoral.
- **Quinto nivel:** Rehabilitación. Ejercicios para caderas y rodillas; readiestramiento de la marcha.

D. Posibles complicaciones y secuelas

Cuando la displasia no se resuelve, la patología pasa a considerarse como displasia persistente del desarrollo de la cadera. Esta displasia persistente puede producirse porque no ha existido un diagnóstico o porque no se ha curado

correctamente, dando la impresión de estar resuelta y pasando inadvertida, irrumpiendo posteriormente en la edad adulta (49,50).

Una displasia persistente que por alguna razón no ha sido correctamente tratada sufre una serie de alteraciones en la anatomía debido a la evolución de la patología, que modifica la biomecánica de la articulación produciendo un aumento de la tensión articular. Cuando existe una tensión o presión elevada durante largos periodos de tiempo sobre una articulación la estructura que más sufre es el cartílago de la misma, que presenta una degeneración que desencadena una artrosis temprana en la articulación coxofemoral (coxartrosis), dolor y claudicación en la marcha. (51,52,49)

Esta coxartrosis se produce tanto si nos encontramos ante una displasia acetabular, una subluxación o ante una luxación. Esta última sufre una alteración a mayores que es la formación de un acetábulo secundario (concavidad creada debido al estímulo de la cabeza femoral fuera de su posición normal). (49)

La artrosis coxofemoral temprana implica que el riesgo de que se necesite una prótesis de cadera en su etapa de adulto joven sea 2,6 veces mayor en comparación a caderas estables. En la edad adulta (alrededor de los 55 años), el 50% de los casos que presentan coxartrosis son consecuencia de una DDC no diagnosticada en la infancia. (8,49,50)

Esto ocasiona un problema ya que los pacientes que requieren prótesis de cadera, se calcula que necesitarán un reemplazo de la misma aproximadamente diez años después de la intervención, lo que hace que tengan que enfrentarse a procedimientos quirúrgicos con relativa frecuencia. (43)

Dentro de las alteraciones que presentan estos pacientes, podemos encontrar diversos aspectos:

- Diferencia en la longitud de ambos miembros inferiores (en luxaciones unilaterales completas).
 - Hiperlordosis lumbar y marcha alterada (en luxaciones bilaterales). - Marcha inestable.
 - Escoliosis postural. - Deformidad observable de la cadera, que se encuentra en flexión y aducción.
 - Valgo de la rodilla ipsilateral que puede provocar gonartrosis.
- (49)

1.2.1. Variable (y): Cuidado.

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. (53)

La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de enfermería. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. (54)

- A. Benner y Wrubel (1989) afirman que “cuidar o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera cliente y la capacidad de la enfermera para empalmar o “sentirse desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales”. (54)
- B. Planner (1981) define el cuidado como “un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro, por una

determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos”. (54)

- C. Peterson y Zderad (1979) apuntan que los elementos del cuidado suponen el encuentro del ser y la actualización entre personas enfermera y paciente, en una transacción intersubjetiva “estar con y hacer con”, que ocurre en un tiempo y espacio tal y como son percibidos por el enfermero y la enfermera y con una finalidad determinada (bienestar y actualización). (54)
- D. Para Morse (1991) el cuidado se compone de cinco perspectivas analizando la literatura de las enfermeras:
 - a. El cuidado como un rasgo humano, una condición natural del ser humano.
 - b. El cuidado como un imperativo moral, como virtud o valor.
 - c. El cuidado como afecto hacia sí mismo, hacia un paciente o hacia un trabajo Humanizar una realidad quiere decir hacerla digna del hombre, es decir coherente con los valores que el hombre siente como peculiares e inalienables. (54)

Existen múltiples connotaciones del verbo cuidar, en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, meditar, pensar, asistir, aplicar la atención o vigilar , tratar prevenir , “El cuidado significa además preocupación, interés , afecto ,importarse ,proteger ,gustar ,en portugués significa cautela , celo , responsabilidad ,preocupación , el verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud , entregar la atención”. (54)

Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo”. Algunos eruditos derivan cuidado del latín cura esta palabra es un sinónimo erudito de cuidado, en su forma más antigua cura se

escribía coera y era usada en un contexto de relación de amor y de amistad, expresaba actitud de cuidado de desvelo y de amor por la persona amada o por el objeto de estimación. (54)

En tal sentido, entendiendo el cuidado como una actitud de responsabilidad y involucramiento afectivo con otro ser humano, “la palabra cuidado incluye dos significaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: “la primera actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. (54)

En todos los sectores y en particular entre los profesionales de la salud, el cuidado como una condición humana debería constituir un imperativo moral. (20)

A. COMPONENTES DEL CUIDADO

Mayeroff, describe ocho componentes del cuidado que toda persona que pretende brindar cuidado debe de conocerlos y aplicarlos, para que el paciente se sienta realmente satisfecho del cuidado recibido, así como ella misma. Los principales componentes del cuidado según este autor son: (53)

a. CONOCIMIENTO: Para cuidar de alguien, debo conocer muchas cosas, debo conocer quién es el otro, cuáles son sus potencialidades y limitaciones, cuáles son sus necesidades y que lo conduce a su crecimiento, y es preciso conocer lo mismo de mí. (53)

b. RITMOS ALTERNADOS: No puedo cuidar apenas por habito, debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo cuantos comprenden mis acciones, si ayude o no, y a la luz de los resultados mantengo o modifico mi resultado, mantengo o modifico mi comportamiento de modo de poder ayudar mejor al otro. (53)

- c. **PACIENCIA:** La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera, con paciencia yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro a encontrarse a sí mismo en su propio tiempo, la paciencia incluye la tolerancia, la tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento del otro. (53)
- d. **SINCERIDAD:** En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar del otro, debo ver al otro como es él y no como me gustaría que fuese, o como siento que debe ser, si voy a ayudar a otro a crecer debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver al otro como es, debo verme a mí como soy, yo sincero al cuidar no por conveniencia si no porque la sinceridad es parte integrante del cuidado. (53)
- e. **CONFIANZA:** El cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confié en que él va a errar y aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad, esto incluye un elemento de riesgo y un salto al desconocido, y ambos exigen coraje. (53)
- f. **HUMILDAD:** El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado, la humildad también está presente al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es de forma alguna privilegiada. (53)

g. ESPERANZA: Existe la esperanza de que el otro crezca de mi cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero. (53)

Además de los componentes del cuidado humano señalados por Mayeroff, es necesario que el profesional de la salud brinde un cuidado solidario al usuario, ya que “el cuidado solidario hay una disposición de ayuda mutua entre el profesional y el paciente, que eleva sus niveles de conciencia, posibilita el fortalecimiento de las relaciones de sociabilidad y contribuye para el restablecimiento de la salud. (54)

Es fácil entonces comprender que cualquier persona no puede cuidar de otro si no toma en cuenta sus componentes y, además, si no reúne algunas condiciones tales como:

- Concientización y conocimiento sobre las necesidades del cuidado. (54)
- Intención de actuar y acciones basadas en conocimientos. (54)
- Desear un cambio positivo en el bienestar del otro.

En tal sentido “el cuidado humano es un acto, una dimensión ontológica, existencial que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y involucramiento afectivo por otro ser humano. Desde el punto de vista ecológico requiere que las personas se relacionen en forma respetuosa con la naturaleza. (54)

CUIDADOS EN EL MENOR DE 6 MESES

Se toma en consideración al niño de 6 meses hasta los 6 meses y 29 días de edad; durante su crecimiento se dan cambios fisiológicos que en esta etapa son importantes, por ello se debe realizar cuidados propios de la edad. (58)

1. Maduración digestiva (ALIMENTACIÓN):

La función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente). (58)

Lactancia materna: En mayo del 2001, la Asamblea Mundial de la Salud exhortó a los Estados Miembros a promover la lactancia materna exclusiva por seis meses como una recomendación mundial de salud pública (Asamblea Mundial de la Salud, 2001). Esta recomendación fue elaborada por una Reunión de Expertos sobre la Duración Óptima de la Lactancia Materna Exclusiva convocada por la OMS (OMS, 2001). Los expertos consideraron los resultados de una revisión sistemática de las pruebas existentes y concluyeron que la lactancia materna exclusiva por seis meses proporciona varios beneficios al niño y a la madre. Uno de los beneficios principales es el efecto protector contra infecciones gastrointestinales, que ha sido observado no solo en países en vías de desarrollo sino también en países industrializados. (58)

2. Cuidados de los padres (PSICOLOGICO): El cuidado es el permanente compañero del ser humano en dos sentidos: el ser humano nunca dejará de amar y de desvelarse por alguien. Ni dejará de preocuparse e inquietarse por la

persona amada. De lo contrario, no se sentiría envuelto con el cuidado y mostraría negligencia por su vida y su destino.

El límite, revelaría indiferencia, equivalente a la muerte del amor y del cuidado. Cuidado es una condición existencial del hombre. Cuidar significa entonces inquietud, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato; se está ante una actitud fundamental, un modo de ser en el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y preocupación. (58).

Un ejemplo cotidiano del cuidado se da en la relación padre- hijo. El cuidado básico de los padres es respetar a su hijo, ayudarlo a crecer en su propio derecho, animándolo y asistiéndolo en sus necesidades (58). Es la responsabilidad inherente que debe asumir como cuidador, mucho de los casos no dispone de una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidar, no recibir remuneración económica por la labor realizada, tiene un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad. (58)

- **Cuidados emocionales:** El sostén emocional es la respuesta adecuada al sentimiento universal de desamparo con el que todo bebé llega al mundo. Este sostén permite que se construya entre el bebé y las personas encargadas de su crianza un vínculo lo suficientemente fuerte como para que se den las condiciones propicias para la satisfacción de todas sus necesidades. El sostén emocional se da en el marco de un vínculo estable, un vínculo de apego, con los cuidadores primarios. Este vínculo se establece desde el momento del nacimiento y permite construir un lazo emocional íntimo con ellos. La estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con sus cuidadores le

permiten al niño construir una relación de apego seguro (58).

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal. Según Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales (58):

- **Funciones adaptativas:** Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado (58).

En la infancia, el niño carece de la capacidad de regular por sí mismo sus estados emocionales y queda a merced de reacciones emocionales intensas. La regulación y adaptación afectiva solo puede tener lugar en el contexto de una relación con otro ser humano. El adulto a cargo de la crianza de un bebé debe poner en juego una capacidad empática que le permita comprender y regular didácticamente la expresión de sus emociones. (58)

- **Funciones sociales:** Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. Izard (1989) destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los

demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial. Emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que las iras pueden generar repuestas de evitación o de confrontación (58).

- **Funciones motivacionales:** La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. La emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. (58)

En un nivel emocional, la confianza básica es un logro que se da como resultado de numerosas interacciones satisfactorias entre el bebé y sus cuidadores primarios. El niño que ha construido su confianza básica puede luego explorar el mundo, crecer, separarse e individuarse. La confianza se relaciona con la seguridad y motivación que un niño tiene de saber que sus cuidadores son sensibles a sus necesidades físicas y emocionales, y que van a estar disponibles si los necesita. Un niño que se siente seguro respecto de los adultos que lo cuidan no ignora los riesgos de aventurarse alejándose un tanto de ellos, pero avanza de todos modos sabiendo que tiene dónde respaldarse en caso de necesidad y potencian los sentimientos positivos en el niño (58).

Cuidados Físicos: Las actividades relacionadas con la Higiene y cuidados del cuerpo permiten la consolidación de los hábitos de higiene en los niños y niñas, para lo cual es fundamental que se tengan conocimientos acerca de su cuerpo y funciones, así como

de los hábitos que se deben tener para su buen estado de salud.
(58)

Frente al problema de la Displasia de Cadera, los cuidados que brinde las madres son fundamental en la recuperación de su niño, ya que con los conocimientos que adquiera, le será posible brindarle un mejor estilo de vida y cuidados durante la adaptación al Arnés Pavlik. A lo cual se deben tener en cuenta los siguientes cuidados:

3. Cuidados del Arnés Pavlik.

El arnés de Pavlik usa el movimiento natural para posicionar la cabeza del fémur en la cavidad de la cadera, estimulando así su desarrollo. El objetivo de este tratamiento es mantener la posición natural de las caderas al doblarse y hacer movimientos.
(55)

Con el objeto de mantener las caderas en la mejor posición para su adecuado desarrollo, el médico realiza los ajustes necesarios a las correas de los hombros y piernas. A menos que se haya consultado con el médico tratante, no debe realizarse ningún ajuste al arnés. Se le ponen marcas a las correas de manera que se pueda ajustarlas si éstas se le salieran o se aflojaran. Conforme vaya creciendo el bebé el médico podrá ajustar las correas durante el tratamiento. (35)

El resultado del tratamiento ortopédico con el arnés de Pavlik es dependiente de la correcta indicación de las tensiones a aplicar y de la adhesividad al tratamiento de la familia. Por ello, el ortopedista debe considerar una explicación detallada a los padres y/o cuidadores. (55)

1º Los primeros días las correas de Pavlik deben ser puestas con baja tensión e ir aumentándola en el curso de los siguientes 15 días hasta llegar a la posición de centraje en flexión y abducción. (55)

2º La indicación de uso de las correas de Pavlik es de 24 horas (día y noche). (55)

3º Requiere un control periódico por ortopedista que considere, al menos, lo siguiente:

- Control clínico al mes con respaldo imagenológico de ecografía y/o radiografía de pelvis anteroposterior y en Lauenstein (con el arnés puesto). (55)
- Controles clínicos posteriores cada 2 meses, con respaldo imagenológico, considerando que desde el tercer mes de vida se debe priorizar el seguimiento con radiografía. Si la alteración del desarrollo es solo una displasia o ya se ha reducido la subluxación o luxación, los controles requieren solo radiografía de pelvis antero-posterior. (55)
- Los controles cada dos meses deben mantenerse hasta lograr la normalidad o definir el fracaso del tratamiento ortopédico.

4º Una vez logrado el centraje, proceder al retiro paulatino del arnés, o sea, con indicación de períodos de uso cada vez más cortos en el curso del día. (55)

La principal causa de falla del tratamiento ortopédico es la baja adhesividad de la familia al tratamiento, que se manifiesta en uso inadecuado y/o falta a los controles. Inciden muchos factores socioculturales. Es tarea de todo el equipo de salud explicar reiterativamente la forma de poner el arnés, el uso permanente de éste y la necesidad de cumplir estrictamente con los controles con el ortopedista. (55)

A. Consejos generales.

- Es aconsejable permitir que las rodillas y los muslos se separen para que las caderas apunten hacia la línea media del cuerpo del bebé.
- Cualquier cosa que presione las rodillas juntas debe de ser minimizada pero el bebé debe tener libertad para

juntar sus rodillas voluntariamente. (35)

- Deben de estimularse posiciones que permitan que las piernas se separen de forma natural, formando una “V”. Tampoco deben ser forzadas a separarse. (35)
- Evitar arropar al bebé con las piernas juntas, así como cargadores tipo cabestrillo. Evite todo lo que mantenga las piernas del bebé juntas. La posición para amamantar no representa ningún riesgo. (35)
- El arnés de Pavlik está diseñado para mantener las caderas del bebe en una posición específica. El arnés no debe de retirarse en las etapas tempranas del tratamiento, aún si se ensucia, a menos de que sea indicado por su médico. (35)

Al inicio del tratamiento, el médico debe evaluar la posición y ajustar el arnés cada una o dos semanas. Esto permite el crecimiento normal, manteniendo las caderas en la mejor posición posible. (35)

B. Tiempo de Uso

- Es necesario que el bebé use el arnés todo el tiempo, a menos que el médico diera otras instrucciones. No se debe quitar el arnés al bebé por ninguna razón, excepto si se trata de una urgencia. (55)
- Llevar al bebé regularmente a citas con el médico para que le haga evaluaciones clínicas. En dichas citas se tomarán imágenes por ultrasonido o radiografías a fin de evaluar el desarrollo de la cadera. (55)
- Una vez que la cadera se estabilice y la cavidad de la cadera se haya formado adecuadamente, el médico comenzará a reducir la frecuencia con la que el bebé debe usar el arnés (reducción por etapas). Cuando sea el momento se le dará una hoja informativa con las instrucciones sobre la reducción por etapas. (55)
- La mayoría de los bebés deben usar el arnés por unas 6 a

12 semanas. La duración del tratamiento y el número de horas al día que su bebé deba usar el arnés dependerá específicamente de sus necesidades personales y eso lo determina el médico. (55)

- Si el arnés llega a ensuciarse, puede limpiarse mojándolo con agua común, aplicándole detergente y cepillarlo con un cepillo de dientes. No retire el arnés de su bebé. (35)

El Arnés de Pavlik está diseñado especialmente para posicionar gentilmente las caderas de su bebé para que estas se alineen con la articulación, y para mantener asegurada toda la articulación de la cadera. Típicamente se utiliza para el tratamiento de bebés desde su nacimiento y hasta los seis meses de edad. (35)

Debido a que es prácticamente imposible asegurar sólo una de las dos caderas con el arnés, ambas caderas deben de ser colocadas en la misma posición con el arnés, aunque sólo una cadera presente la enfermedad. Colocando las caderas en una posición alineada y estabilizada, se consigue un desarrollo y crecimiento normal de la articulación. (35)

Si el tratamiento está siendo efectivo, luego de que las caderas se estabilizan el arnés se utiliza por unas horas al día, usualmente por las noches, por otras 4 a 6 semanas. Aún después de esto, puede ser necesario que el bebé duerma con el arnés por algunas semanas más como una medida de precaución. (35)

Luego de un adecuado y efectivo tratamiento con el Arnés de Pavlik, no se han reportado casos de redislocación. Sin embargo, existe el riesgo de un desarrollo lento o incompleto del acetábulo. Esto significa que la cadera permanecerá dentro del acetábulo la mayoría de las veces, pero el acetábulo puede

volverse poco profundo o insuficiente conforme el bebé crece. (35)

Por esta razón usualmente se recomienda el control de las caderas con radiografías cuando el tratamiento con el Arnés ha sido exitoso. Una vez que la radiografía se considere normal existe una probabilidad del 99% de que esa cadera continúe desarrollándose normalmente. Es muy rara la recurrencia de la displasia luego de un tratamiento exitoso con el Arnés de Pavlik y una radiografía normal a los 9 ó 12 meses de edad; sin embargo, la mayoría de los doctores recomiendan una radiografía a mayores edades sólo para capturar cualquier acetábulo poco profundo que pueda requerir tratamiento para prevenir un desgaste prematuro de la articulación. (35)

4. Higiene del bebe.

La limpieza es importante para el cuidado de la piel. El baño debe ser diario con agua y jabón. Carmen Dávila Aliaga, directora de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal del Minsa, los especialistas de la Digemid indicaron que la mejor manera de controlar el sarpullido es con una higiene adecuada, el baño diario del o la bebé solo con agua y uso de jabones neutros. (58) La limpieza de la cara, de las manos, del cabello, de los genitales y de los pies): Con esta práctica se controlan olores naturales del cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración o sudor. De esta forma se evita la presencia de gérmenes y bacterias que puedan afectar la salud de nuestra piel. (58)

Mientras el bebé deba usar el arnés, dele baños de esponja en lugar de baños de tina. Pásele con cuidado la esponja o toallita por debajo de las correas que van por el tórax y los hombros. Si el médico le permitiera quitarle el arnés para bañarlo, recuerde dónde quedan las marcas de cada correa, a fin de asegurarse

de ajustarlas en la posición correcta cuando le ponga el arnés otra vez. (55)

Una buena forma de saber si la correa que va por el pecho quedó colocada de manera correcta es metiendo los dedos por entre la correa y asegurándose de que entren cómodamente. Las correas no deben quedar demasiado ajustadas ni sueltas. Le puede aplicar al bebé crema hidratante en todo el cuerpo. No le aplique ungüentos o talcos debajo de las correas del Arnés al menos que se lo recomiende el médico. (55)

Si al bebé le saliera sarpullido, llame al médico o enfermera para informárselo. Las áreas de la piel que necesitan mayor atención son los pliegues del cuello, el área del pañal y la parte posterior de las rodillas. Revise bien estas áreas todos los días y manténgalas limpias y secas. Póngale al bebé un babero o trapo debajo de la barbilla para evitar que las correas de los hombros se mojen con leche. (55)

Higiene perineal: Tanto los niños como las niñas necesitan cuidados muy parecidos. La limpieza sólo se distingue por género, es decir, si se trata de un niño o una niña. Los genitales infantiles deben ser cuidados con mucha delicadeza y atención, por estar el mayor tiempo cubierto por el pañal pueden presentar alguna infección por falta o inadecuada higiene. Digemid dejó en claro que las cremas, alcohol, ungüentos a base de mentol, talco, detergentes, suavizante para ropa o productos con tinta azul, lo único que hacen es tapar los poros de la piel, permitiendo que la zona afectada se extienda y favoreciendo la aparición de otros problemas en la piel (58).

En niña: Para evitar que la vagina se infecte con los gérmenes provenientes de los restos de las heces en el ano, siempre se debe limpiar de delante hacia atrás, es decir, de la vulva al ano. No es necesario abrir sus genitales para limpiar los labios mayores y menores. (58)

En niños: se retrae sin forzar el prepucio del pene, lavar entre los testículos dirigiéndose hacia el ano, limpiarle el ano y las nalgas. (58), siempre teniendo en cuenta al Arnés Pavlik.

5. Vestimenta.

El uso de ropa de algodón que permite que la piel del bebé permanezca fresca y seca y evitar la confeccionada con material sintético, además de asegurarnos de que sus prendas sean livianas y le queden sueltas, pues ello facilitará la transpiración de la piel, refiere Digemid (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas). (58)

- Puede vestirlo con una camiseta interior o un body y puede ponerle calcetines.
- No es recomendable colocar ropa sobre la cual resbale el arnés y se movilice de su posición correcta.
- También puede colocarlo directamente sobre la piel.
- Una vez puesto, póngale ropas holgadas para cubrirlo

a. Camisetas

Es importante tener presente que al realizar el cambio de la ropa del bebé se debe de retirar sólo una sección del arnés a la vez para mantener el mayor tiempo posible en la mejor posición posible. Puede ser una buena idea tener otra persona que ayude las primeras veces. Para cambiar las camisetas: (35)

- Acueste a su bebé y afloje (no la retire por completo) la banda del pecho que se ajusta con Velcro en el frente. (35)
- Suelte la banda del hombro (#1) y saque el brazo derecho de la camiseta. (35)
- Retire la camiseta por sobre la cabeza del bebé y recolocque la banda del hombro (#1). (35)

- Suelte la banda del otro hombro (#2) y termine de retirar la camiseta del bebé. (35)
- Coloque la nueva camiseta iniciando por el brazo izquierdo y la cabeza, y reajuste la banda (#2). (35)
- Suelte la banda (#1) coloque el brazo derecho dentro de la camiseta y reajuste nuevamente la banda (#1). (35)
- Acomode la camiseta sobre el pecho a través de la banda del pecho. Asegúrese que las bandas #1 y #2 están ajustadas sobre la nueva camiseta. (35)
- Asegúrese de que todas las bandas se encuentran de nuevo ajustadas en las posiciones originales (reajústelas en caso necesario). (35)
- Reajuste la banda del pecho de forma que logre colocar cuatro dedos entre la banda y el pecho del bebé. (35)

b. Calcetines

Para prevenir lesiones en las piernas a causa de las fajas usualmente se utilizan calcetines hasta la rodilla. Los calcetines de algodón generalmente son los mejores. (35)

c. Pañales

El pañal debe de utilizarse de la forma habitual, pero DEBE quedar por debajo de las fajas abductoras (#3, 4, 7,8). Si el pañal se coloca por encima del arnés entonces este se mojará con la orina. Podrían ocurrir quemaduras por la orina y esto ocasionar un mal funcionamiento del arnés. **Por ningún motivo** intente levantar a su bebé por las piernas mientras le cambia el pañal. (35)

d. Postura Correcta.

Lo más importante es el movimiento de la articulación de la cadera. El/la bebé debe poder extender ambas rodillas cuando tenga puesto el arnés. Comuníquese con el médico si

nota que su bebé no puede extender una o ninguna de las dos piernas. (55)

Al bebé se le podrían dañar los nervios si el arnés no le permite moverse adecuadamente. En ese caso, debe dejar de usar el arnés y reiniciar su uso una vez que el bebé haya recobrado las funciones del nervio. Cuando su bebé se encuentre despierto, colóquelo en una posición que lo motive a patear. No coloque a su bebé de lado. La enfermera le mostrará maneras seguras de colocar y cargar a su bebé. (55)

- Las madres que se encuentren amamantando pueden encontrar una posición cómoda tanto para ellas como para su bebé. Puede apoyar al bebé de lado, usando unas almohadas para mantener las caderas del bebé lejos de su cuerpo. (35)
- Es aceptable colocarlo boca abajo. (55)
- Cuando tenga puesto el arnés, puede cargar a su bebé en un portabebés. (55)
- No está permitido envolverlo ni sujetarlo de las extremidades inferiores. Deben quedarle las piernas libres. (55)
- No le ponga a su bebé ropa ajustada que pudiera restringir o apretar las correas. (55)
- No siente a su bebé en asientos para niños, columpios o dispositivos con actividades donde pueda rebotar, a menos que su médico dé permiso para hacerlo. (55)
- Sin embargo, cuando lo lleve en el automóvil, debe colocar y asegurar a su bebé en el asiento infantil. (55)

A. Tiempo de juego

El juego es una forma para relacionarse con el bebé y fomentar su desarrollo y autoestima. A medida que el bebé crece, el juego es crucial para su desarrollo social, emocional, físico y cognitivo. El juego también hace que el tiempo que

pasan juntos sea mucho más placentero. (55) El uso de Arnés no impide que se pueda jugar con el bebé, desarrollando el tacto, habla y emociones.

- Debe de estimularse el tiempo regular para los juegos usuales. Algunos niños mayores aprender a gatear a pesar del arnés de Pavlik. Esto no es dañino. (35)
- Actividades en el suelo, actividades sentadas y las sillas altas están recomendadas durante el uso del arnés. Algunas sillas altas funcionan mejor que otras. (35)
- Para jugar, coloque a su bebé sobre su abdomen, espalda o sentado. No lo acueste de costado ya que esta posición no es segura para las caderas de su bebé en esta etapa. (35)
- Para colocar a su bebé boca abajo coloque una almohada debajo del tronco, esto permitirá que las caderas mantengan la posición separada en el arnés. (35)
- A la hora de dormir debe ser boca arriba, sobre la espalda, es la posición recomendada para seguridad de las caderas y para reducir el riesgo del Síndrome de Muerte Súbita Infantil. Puede utilizarse un saco de dormir siempre y cuando sea un tamaño grande para que haya suficiente espacio para las piernas y se ajuste adecuadamente en el cuello. (55)

B. Tiempo fuera del arnés.

Una vez que su doctor haya decidido permitirle tiempo fuera del arnés a su bebé. (35)

- Estimular al bebé para que patee. Un momento ideal para hacerlo es la hora del baño. (35)
- Nadar es un buen ejercicio cuando se le permita pasar tiempo fuera del arnés durante el día. (35)
- No preocuparse por permitirle al bebé que se mueva

libremente cuando no está utilizando el arnés. Tratar de interactuar con el bebé de una manera normal. (35)

- No hay restricción en los movimientos y las posiciones que el bebé puede realizar; sin embargo, los adultos no deben de tratar de tirar de o empujar las caderas del bebé. (35)
- Una vez que el médico autorice retirar el arnés por más de 4 horas, aprovechar para lavarlo, utilizar un jabón no irritante. Si utiliza una lavadora coloque el arnés dentro de la funda de una almohada para evitar que el velcro de las fajillas dañe otra ropa. Utilizar la funda de la almohada de igual forma si va a utilizar una secadora. Sin embargo, la luz solar es la mejor forma de secar el arnés. (35)

C. Al final del tratamiento con el arnés.

Debido a que ha estado tanto tiempo utilizando el arnés, su bebé puede mostrar un ligero retraso en el desarrollo comparado con otros niños. Este retraso es únicamente temporal y en poco tiempo alcanzará el mismo nivel de desarrollo que los otros niños. (35)

Como medida de precaución, no se recomienda utilizar andaderas por un período de 4 a 6 meses luego de finalizar su tratamiento con el arnés. Existe la preocupación de que este tipo de dispositivos causen posiciones inapropiadas de las caderas. (35)

D. Rol del Profesional de Enfermería

La necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una

transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna. (58)

La enfermera en su papel de educadora no solo educa, sino que también es educada, es decir, ocurre una inversión de roles como consecuencia de la interacción entre ella y el paciente lo que le permite conocer de cerca las percepciones de este, aprendiendo de las actitudes del paciente y su familia, para reaccionar y desarrollar una conducta personal y un método que le posibiliten proporcionar un cuidado holístico basado en la educación para la salud. La importancia del rol de educador en salud parte del grado de convicción que este ejerce en el paciente y la familia, aconsejando y orientando para que se obtengan competencias que los lleven a tomar las riendas de su salud y la de los suyos, lo cual los llevará a obtener una mejor calidad de vida con base en cambios ambientales y de comportamiento por formas de vida más saludables. (58)

Por lo expuesto el enfermero brinda cuidados basado en conocimientos científicos, una de las funciones de la enfermera en el primer nivel de atención es de la prevención, promoción y recuperación de la salud, esto se ve ligado a la educación que se debe proporcionar a los pacientes y familiares, teniendo una previa evaluación de sus conocimientos y actitudes, ya que una de las funciones de

enfermería es de educar e investigar, brindando estilos de vida saludables acorde a la etapa de vida de ser humano. (58)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. Displasia del Desarrollo de Cadera: Pérdida de la morfología esférica congruente de la articulación de la cadera, y de la estabilidad que esta congruencia produce, son anomalías anatómicas que causan una alteración en la formación y desarrollo del fémur proximal, acetábulo y tejidos blandos en diferentes grados de presentación. (8)

2.3.2. Asimetría de pliegues: corresponde a los pliegues de la zona de los glúteos y parte superior de los muslos que se encuentran de forma asimétrica. Esto se puede observar en el recién nacido y lactante pequeño. Puede ser normal y no tener significancia patológica o también cuando existe una inestabilidad en la cadera del lactante. (8)

2.3.3. Signo de Barlow: Se flexiona la cadera a 90° y se abduce 45° , a partir de esta posición se aduce (se aproxima hacia la línea media) mientras se ejerce una fuerza suave hacia fuera con el pulgar. Durante la aducción puede sentirse la luxación de la cadera (signo de Barlow positivo) lo cual es signo de displasia de cadera.

2.3.4. Maniobra de Ortolani: Con el bebé desnudo, en decúbito dorsal y aplicado sobre un plano horizontal, se colocan simultáneamente las 2 caderas en flexión de 90° , y las rodillas en flexión de 90° ; las manos del examinador se colocan de modo que el pulgar quede en la cara interna del muslo y los 4 últimos dedos en la cara externa del muslo. En la posición descrita se abducen las caderas. Si el niño presenta displasia se produce un resalto de entrada (se palpa con los dedos).

2.3.5. Arnés de Pavlik: El Arnés de Pavlik está diseñado especialmente para posicionar gentilmente las caderas de su bebé para que estas se alineen con la articulación, y para mantener asegurada toda la articulación de la cadera. Típicamente se utiliza para el tratamiento de bebés desde su nacimiento y hasta los seis meses de edad.
(35)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis.

H1: Es probable que el nivel de conocimientos y el cuidado de la Displasia de Cadera en madres de niños menores de 1 año se relacione de manera significativa.

H0: El nivel de conocimiento no se relaciona con el cuidado de la displasia de Cadera en niños menores de 1 año.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Variable X: Conocimiento de Displasia de Cadera.

Indicadores

- Definición de Displasia de Cadera.
- Etiología de Displasia de Cadera.
- Diagnóstico de Displasia de Cadera.
- Tratamiento de Displasia de Cadera.

2.5.2. Variable Y: Cuidado de Displasia de Cadera.

Indicadores

- Alimentación del Bebé.
- Cuidados Emocionales del Bebé.
- Higiene del bebe.
- Vestimenta del bebe.
- Postura correcta del bebe.

2.5.3. Operacionalización.

VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	ITEMS	VALORACION	ESCALA
Variable X Conocimiento en Displasia de Cadera	Definición de Displasia de Cadera	Cuestionario de Nivel y Tipo de Conocimiento de Displasia de Cadera	1-2-3-4	Alto Medio Bajo	Nominal
	Causas de Displasia de Cadera		5-6-7-8		
	Diagnóstico de displasia de Cadera		9-10-11-12-13		
	Tratamiento de displasia de Cadera		14-15-16-17-18-19-20		
Variable Y: CUIDADOS	Alimentación del Bebé	Cuestionario de Cuidados que brindan las Madres a sus niños con Displasia de cadera.	1,2	Siempre A veces Nunca	Nominal
	Cuidados Emocionales del Bebé		3,4,5,6		
	Cuidados del Arnés Pavlik		7,8,9,10,11		
	Higiene del Bebé		12,13,14		
	Vestimenta del Bebé		15,16,17		
	Postura Correcta		18,19,20		
	Tiempo de Juego		21,22		

2.5.4. Definición Conceptual de las Variables

A. Variable X: Conocimiento

a. Conocimiento de Displasia de Cadera.

El conocimiento es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. El término conocimiento indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia. El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón. (30)

B. Variable Y: Cuidado

a. Definición de Cuidado.

Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. (54)

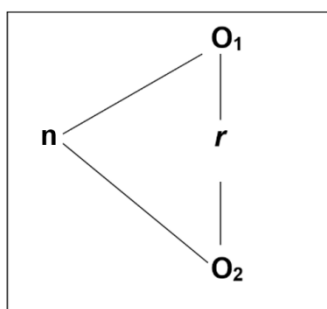
CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo descriptivo, en la medida que pretende describir y analizar sistemáticamente un conjunto de hechos (Conocimiento) relacionados con otros fenómenos (Cuidados) tal como se da en el presente caso. Así mismo, el presente estudio pertenece al enfoque cuantitativo, es de tipo correlacional porque establece la relación entre dos variables. Según el número de variables es bivariado, es transversal porque la medición de las variables se ejecuta en un solo momento. Es retrospectivo porque evalúa hechos sucedidos en el pasado y es un estudio de campo porque se realiza en el ambiente natural donde las unidades de análisis desarrollan sus actividades. (Hernández, Fernández & Baptista, 2013, p.117).

Diseño

El presente estudio es de nivel descriptivo correlacional, porque mide las dos variables de estudio y luego se establece la relación que existe entre ellas. La representación del diseño de la investigación es la siguiente:



Donde:

N = muestra

O_x = variable X: Conocimiento de la Displasia de Cadera.

O_y = variable Y: Cuidado

r = relación

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Ubicación Espacial

Se realizará en la Clínica San Juan de Dios, de la ciudad de Arequipa.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población.

Madres de Familia con niños menores de 6 meses con Displasia de Cadera, que por el tratamiento usen Arnés Pavlik, atendidos en la Clínica San Juan de Dios, Arequipa.

3.3.2. Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de Gallardo y Moreno (1999):

$$n = \frac{N(Z^{\alpha/2})^2}{4NE^2 + (Z^{\alpha/2})^2}$$

Donde:

N= población

$Z^{\alpha/2}$ = nivel de confianza

E= nivel de error

$$n = \frac{5000(1.96)^2}{4(5000) (0.05)^2 + (1.96)^2}$$

$$n = \frac{19208}{20000 (0.0025) + 3.8416}$$

$$\underline{n = 30}$$

3.3.3. Criterios de Inclusión.

En el presente estudio serán incluidos:

- Madres de niños menores de 6 meses con Displasia de Cadera, tipo II, III, IV.
- Niños que usen Arnés Pavlik, que se atiendan en la Clínica San Juan de Dios, Arequipa.
- Niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.

3.3.4. Criterios de Exclusión.

Serán excluidos:

- Niños menores de 6 meses, que no usen Arnés Pavlik.
- Niños con diagnóstico de Luxación Teratológica.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnicas

Para la presente investigación se utilizarán las siguientes técnicas:

A. Variable X: Nivel de Conocimientos de Displasia de Cadera:

Se utilizará la encuesta.

B. Variable Y: Cuidado de la Displasia de Cadera: Se utilizará la encuesta.

3.3.2. Instrumentos

Para la presente investigación se utilizarán los siguientes instrumentos de medición:

A. Variable X

a. Nivel de Conocimiento de Displasia de Cadera.

- **Ficha técnica**

El instrumento consta de 2 partes y la puntuación se realizará de la siguiente manera:

La puntuación total oscila entre 22 a 110 puntos.

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en escala.

- Nivel de Conocimiento de Displasia de Cadera, cuenta con los indicadores: Definición, causas, diagnóstico y tratamiento de Displasia de Cadera. Cuenta con 20 ítems, los cuales pueden ser respondidos según una escala de alternativas.

a = 1 punto.

b = 3 puntos.

c = 5 puntos.

La puntuación va de 20 a 100 puntos, resultando los criterios de Alto – Medio – Bajo, según el puntaje total obtenido.

- Tipo de Conocimiento de Displasia de Cadera, que cuenta con Conocimiento vulgar y conocimiento científico. Cuenta con 2 ítems, los cuales pueden ser respondidos según una escala de alternativa.

No = 1 punto.

Si = 5 puntos.

La puntuación total va de 2 a 10 puntos, resultando los criterios de conocimiento vulgar y conocimiento científico, según el puntaje total obtenido.

- **Criterios Para Asignar El Valor Final A La Variable**

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DISPLASIA DE CADERA.

ALTO. - Cuando la puntuación según el Cuestionario de Nivel y Tipo de Conocimiento de Displasia de Cadera se encuentra entre 85 y 115 puntos, será evidente el alto nivel de conocimiento que posee la madre del niño menor de 1 año acerca de la patología, pues es claro conoce su concepto, factores de riesgo y la importancia de su despistaje para el desarrollo psicomotor de su menor hijo.

MEDIO. - Cuando la puntuación según el Cuestionario de Nivel y Tipo de Conocimiento de Displasia de Cadera se encuentra entre 54 y 84 puntos, será evidente el nivel de conocimiento medio que posee la madre del niño menor de 1 año acerca de la patología, pues es claro conoce su concepto, factores de riesgo y la importancia de su despistaje para el desarrollo psicomotor de su menor hijo.

BAJO. - Cuando la puntuación según el Cuestionario de Nivel y Tipo de Conocimiento de Displasia de Cadera se encuentra entre 23 y 53 puntos, será evidente el bajo nivel de conocimiento que posee la madre del niño menor de 1 año acerca de la patología, pues es claro conoce su concepto, factores de riesgo y la importancia de su despistaje para el desarrollo psicomotor de su menor hijo.

TIPO DE CONOCIMIENTO DE DISPLASIA DE CADERA.

CIENTIFICO: Cuando la puntuación según el Cuestionario de Nivel y Tipo de Conocimiento de Displasia de Cadera es de 6 a 10 puntos.

VULGAR: Cuando la puntuación según el Cuestionario de Nivel y Tipo de Conocimiento de Displasia de Cadera es de 2 puntos.

B. Variable Y

a. Cuidado

- **Ficha técnica:**

La puntuación total oscila entre 42 a 90 puntos.

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en escala. El instrumento consta de 7 partes y la puntuación se realizará de la siguiente manera:

- Cuidado en la Displasia de Cadera, cuenta con los indicadores: Alimentación del Bebe, Cuidados emocionales del Bebé, Cuidado del Arnés, Higiene/ Cuidados de la piel, Baño, Vestimenta/ pañales, Postura correcta y Tiempo de Juego.
- Cuenta con 22 ítems, los cuales pueden ser respondidos según una escala de alternativas.

Siempre = 5 punto.

A veces = 3 puntos.

Nunca = 1 puntos.

La puntuación va de 42 a 90 puntos, resultando los criterios de Alto – Medio – Bajo, según el puntaje total.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

3.4.1. Validez y Confiabilidad del Cuestionario Nivel de Conocimiento de la Displasia de Cadera:

El siguiente Cuestionario ha sido validado por expertos en el tema, ha sido diseñado para medir el conocimiento que poseen las madres de niños con Displasia de Cadera, su concepto, factores de riesgo, niveles de prevención, entre otros. Su validez está dada por el dictamen de los expertos, con confiabilidad por Alfa de Crombach (0.90).

Lo que se busca con su aplicación es que se convierta en una prueba de evaluación de Nivel de Conocimientos de Displasia de Cadera que poseen las madres de niños menores de 1 año, aportando información válida y confiable. El cuestionario cuenta con el Indicador Información Básica de Displasia de Cadera.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

- El presente proyecto se elaboró contando con la participación de los asesores señalados por la escuela profesional de enfermería.
- Los instrumentos se sometieron a validación por docentes expertos de la escuela de enfermería.
- Se solicitará la aprobación del proyecto de investigación por el comité de investigación de la escuela de enfermería de la UAP.
- Se solicitó la autorización para realizar la recolección de datos al Gerente de la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Arequipa.
- Luego de la aprobación y del levantamiento de las observaciones por parte del comité científico, se procederá a la aplicación de la prueba piloto.
- Los instrumentos serán validados estadísticamente aplicando el análisis factorial en el programa SPSS versión 23.0.
- Una vez validados los instrumentos se evaluará la confiabilidad aplicando el alfa de Cronbach.
- Luego se aplicarán los instrumentos a la muestra calculada y se realizara el análisis estadístico respectivo.

- Se llevará a cabo la elaboración de los cuadros estadísticos y el análisis aplicando la prueba del Chi cuadrado.
- Se realizarán la discusión, las conclusiones y recomendaciones.
- Se presentará el informe de tesis al comité científico de la escuela de enfermería para su revisión y aprobación.
- Sometido el informe final a revisión y aprobación por parte del comité científico se solicitará la fecha para la sustentación del informe final ante el jurado designado.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

CONOCIMIENTO Y CUIDADOS QUE BRINDAN LAS MADRES A SUS NIÑOS MENORES DE 6 MESES CON DISPLASIA DE CADERA, ATENDIDOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2017.

		CONOCIMIENTO							
CUIDADOS BRINDAN MADRES	QUE LAS	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto		6	20%	2	7%	1	3%	9	30%
Medio		1	6%	14	45%	2	7%	17	58%
Bajo		1	2%	0	1%	3	9%	4	12%
Total		8	28%	16	53%	6	19%	30	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

Las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa, con conocimientos Medio tienen a su vez un nivel de cuidado Medio en un 45%(14), las madres con conocimientos Alto tienen a su vez un nivel de cuidado Alto en un 20%(6) y las madres con un nivel de conocimiento Bajo tienen a su vez un nivel de cuidado Bajo en un 9%(3). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Conocimientos y cuidados que brindan las madres.

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 6 MESES CON DISPLASIA DE CADERA.

Edad de la madre	N°	%
18 a 24	14	47%
25 a 31	8	27%
32 a 38	5	16%
49 a más	3	10%
Total	30	100%
N° de hijo	N°	%
1	8	27%
2	12	40%
3	6	20%
4 a más	4	13%
Total	30	100%
Grado de instrucción	N°	%
Ninguno	3	10%
Primaria completa	12	40%
Secundaria		
Completa	8	27%
Técnico superior	5	16%
Superior	2	7%
Total	30	100%
Estado civil	N°	%
Soltera	4	13%
Casada	5	16%
Viuda	2	7%
Conviviente	12	40%
separada	7	24%
Total	30	100%
Ocupación	N°	%
Estudiante	5	16%
Ama de casa	12	40%
Independiente	6	20%
Dependiente	4	14%
Trabajo eventual	3	10%
Total	30	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2

El mayor porcentaje de las madres tienen edades de 18 a 24 años en un 47%(14), tienen 2 hijos en un 40%(12), por el grado de instrucción en mayor porcentaje tienen primaria completa en un 40%(12), por el estado civil son convivientes en un 40%(12) y por ocupación son amas de casa también en un 40%(12).

TABLA 3
CONOCIMIENTO SOBRE LA DISPLASIA DE CADERA EN LAS MADRES
DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA SAN
JUAN DE DIOS.

CONOCIMIENTO	N°	Porcentaje
Alto	8	28%
Medio	16	53%
Bajo	6	19%
Total	30	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3

Las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa, tienen un nivel de Conocimiento Medio en un 53%(16), Alto en un 28%(8) y Bajo en un 19%(6).

TABLA 4
CUIDADOS EN LA DISPLASIA DE CADERA QUE BRINDAN LAS MADRES
A SUS NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA SAN
JUAN DE DIOS.

CUIDADOS	N°	Porcentaje
Alto	9	30%
Medio	17	58%
Bajo	4	12%
Total	30	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 4

Las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa, tienen un nivel de Cuidados Medio en un 58%(17), Alto en un 30%(9) y Bajo en un 12%(4).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

H1: El nivel de conocimientos y el cuidado de la Displasia de Cadera en madres de niños menores de 1 año se relacionan de manera significativa.

Ho: El nivel de conocimiento no se relaciona con el cuidado de la displasia de Cadera en niños menores de 1 año.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 5: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Conocimientos	Cuidados
Conocimientos	Correlación de Pearson	1	,910**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	30	30
Cuidados	Correlación de Pearson	,910**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	30	30

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 6:

Aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,910, lo cual nos indica que existe una relación significativa con un valor $p<0,05$.

Siendo cierto que: El nivel de conocimientos y el cuidado de la Displasia de Cadera en madres de niños menores de 1 año se relacionan de manera significativa.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa, con conocimientos Medio tienen a su vez un nivel de cuidado Medio en un 45%(14), las madres con conocimientos Alto tienen a su vez un nivel de cuidado Alto en un 20%(6) y las madres con un nivel de conocimiento Bajo tienen a su vez un nivel de cuidado Bajo en un 9%(3). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Conocimientos y cuidados que brindan las madres. Coincidiendo con Onostre R. (2012) Los resultados obtenidos fueron el 75,5% de los afectados fueron del sexo femenino y 24,5% del sexo masculino. La cadera más afectada fue la izquierda en un 53%, la derecha en 24% y en forma bilateral un 23% de los casos. La relación encontrada entre DDC izquierda y derecha fue de 2.2: 1. El 84% sin desplazamiento, 10% con subluxación y 6% con luxación total. El signo más frecuente encontrado fue la limitación a la abducción en el 100% de los casos (82), seguido de la asimetría de pliegues glúteos y muslo en el 78% (64 casos). El signo de Ortolani y Barlow se evidenció en 5 casos en niños de 3 meses de edad (6%), 4 casos de acortamiento de la extremidad y un solo caso de claudicación. Coincidiendo además con Arenas, S. (2015) concluye que el conocimiento global de displasia de cadera es alto en 99.48% de madres y es de tipo científico en 66.15% de madres.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

El mayor porcentaje de las madres tienen edades de 18 a 24 años en un 47%(14), tienen 2 hijos en un 40%(12), por el grado de instrucción en mayor porcentaje tienen primaria completa en un 40%(12), por el estado civil son convivientes en un 40%(12) y por ocupación son amas de casa también en un 40%(12). Coincidiendo con Saeteros, X. (2013) La conclusión a la que llegaron fue que en nuestra 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.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa, tienen un nivel de Conocimiento Medio en un 53%(16), Alto en un 28%(8) y Bajo en un 19%(6). Coincidiendo con Caballero, M. (2016) La conclusión a la que llegaron fue las diferencias entre los pacientes con diagnóstico de DDC en referencia a la exposición a factores predisponentes fueron estadísticamente significativas en los siguientes casos: antecedentes familiares, género femenino, primera gestación, y Oligohidramnios.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

Las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa, tienen un nivel de Cuidados Medio en un 58%(17), Alto en un 30%(9) y Bajo en un 12%(4). Coincidiendo con Onton, B. (2015). La conclusión a la que llegó fue que existe una alta incidencia de enfermedad luxante de cadera y la evolución con el tratamiento fisioterapéutico tiene efectividad significativa en la displasia con afectación unilateral y bilateral; pero en menor medida para la luxación. Coincidiendo además con Ranilla, F. (2014). La conclusión a la que llegaron fue que el 76.6% de los niños tienen retraso del desarrollo psicomotor en los comportamientos postural, motor y cognitivo, el 66.7% tienen retraso del desarrollo psicomotor en el comportamiento personal social. Muestra que el 66.7% presentan displasia de cadera leve; entonces se puede decir que los niños atendidos en el servicio de terapia física, con displasia de cadera tienen retraso en el desarrollo psicomotor.

CONCLUSIONES

PRIMERO

Las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa, con conocimientos Medio tienen a su vez un nivel de cuidado Medio, las madres con conocimientos Alto tienen a su vez un nivel de cuidado Alto y las madres con un nivel de conocimiento Bajo tienen a su vez un nivel de cuidado Bajo. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Conocimientos y cuidados que brindan las madres. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,910 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

El mayor porcentaje de las madres tienen edades de 18 a 24 años en un 47%(14), tienen 2 hijos, por el grado de instrucción en mayor porcentaje tienen primaria completa, por el estado civil son convivientes y por ocupación son amas de casa .

TERCERO

Las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa, tienen un nivel de Conocimiento Medio.

CUARTO

Las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa, tienen un nivel de Cuidados Medio.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Realizar estrategias eficientes en la consejería a las madres de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa para brindarles una información adecuada, reforzar estas prácticas para mejorar los conocimientos sobre el cuidado de sus hijos.

SEGUNDO

implementar estudios longitudinales que demuestren la relación entre los conocimientos y el cuidado de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa.

TERCERO

Indagar la influencia del entorno familiar en la madre y como éstas incide en sus decisiones sobre el cuidado de niños menores de 6 meses con displasia de cadera atendidos en la clínica San Juan de Dios, Arequipa. (Mitos, costumbres, hábitos de creencia popular).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia T. Diagnóstico precoz y prevención de la displasia de la cadera en desarrollo. Traumatología. Hospital Vicente Corral Moscoso, La Habana, 2007.
2. Avendaño, J.; Macías, H.; Hernández, R. Desarrollo Displásico de Cadera, México, 2006.
3. Organización Mundial de la Salud, Salud del Niño, Obtenido de: http://www.who.int/topics/child_health/es/.
4. Onostre, R. Displasia de Desarrollo de la Cadera en un Centro de Atención Primaria, La Paz - Bolivia, 2009.
5. Siquirres, Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica XV (588), pág. 155-159, Displasia Congénita de Cadera, 2009.
6. Sánchez J. Cribado de la displasia evolutiva de cadera. Revista PrevInfad. no 30. 28-34, 2002.
7. Encarnación, J. 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) Universidad Nacional de Loja. Ecuador, 2010.
8. Caballero, M. 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, Lima, 2014.
9. Gonzales E. Displasia del desarrollo de la cadera. Educación médica continua. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría 50 (1): 57 – 64. Bolivia, 2011.
10. Terrazas M, Molina C. Detección de Displasia de Cadera en lactantes menores a 6 meses en el servicio de consulta externa de pediatría del

Hospital Tiquipaya. Gaceta Médica Boliviana v.36, Cochabamba,2013.

11. Ruíz, C., Sosa, J. Factores predisponentes para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica Vol. 15, México ,2013.
12. Imrie M, Scott V, Stearns P, Bastrom T, Mubarak SJ. Is ultrasound screening for DDH in babies born breech sufficient? J, Child Orthop, 2010.
13. Bendezu M. Manejo De La Displasia Del Desarrollo De La Cadera, UCSM, Arequipa, 2010.
14. Oden RP, Powell C, Sims A, Weisman J, Joyner BL. Swaddling: will it get babies onto their backs for sleep? Clin Pediatr, 2012.
15. Mahan ST, Kisser JR. Does Swaddling Influence Developmental Dysplasia of the Hip? Pediatrics 2008.
16. Revenga G.; Bulo C. Dysplasia in the development of the hip. Hospital Universitario. Puerto Real (Cádiz), 2001.
17. Caicedo O.; Garzón D. Backgrounds, History and Prognosis of Hip Dysplasia Development, La Habana, 2011.
18. Cuenca M. Gordillo P. Prevalencia de Displasia de Cadera en Desarrollo Diagnosticados por Radiología Convencional en niños/as de 0 a 12 meses, Ecuador, 2015.
19. Paredes L. Impacto de la aplicación de un Programa Educativo sobre Displasia de Cadera y su Relación con el Nivel de Conocimientos en los Padres de Familia, Arequipa, 2010.
20. Saeteros X. Factores De Riesgo Para Displasia De La Cadera En Desarrollo En Niños De 0 A 12 Meses Del Hospital Vicente Corral, Cuenca – Ecuador, 2013.
21. Onton, 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, 2014.
22. Núñez, J. Influencia de los Factores de Riesgo de Displasia de Cadera en el Crecimiento y Desarrollo - Niños de 3 meses y 7 meses atendidos en la Micro Red San Martín De Socabaya, Arequipa, 2015.
 23. Ranilla, F. Relación de la Displasia Congénita de Cadera en el Retraso del Desarrollo Psicomotor en los Niños de 3 meses a 2 años en el Servicio de Terapia Física - Área de Niños del Hogar Clínica San Juan de Dios – Ceri, Arequipa, 2014.
 24. Pereyra, M. Edad, Escolaridad y Afecto Relacionado al Tratamiento de Displasia Cervical, México, 2001.
 25. Sakraida, T. Nola Pender, Modelo de Promoción de la Salud. Obtenido de:<https://enfermeriavulare16.files.com/2016/05/teorc3ada-nola-j-pender-modelo-de-la-promocic3b3n-de-la-salud.pdf>
 26. Navarro, M. & Navarro, M. & Beristian, G. Proceso Enfermero Basado en el Modelo de Promoción de Salud, Estado de Durango, 2011.
 27. Cisneros, F. Teorías y Modelos de Enfermería. Popayán, 2005.
 28. Hernández, B. Modelos y teorías en enfermería, Barcelona, 2013.
 29. Aristizábal, G.& Blanco, D. & Sánchez, A. & Ostiguín, M. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión, México, 2001.
 30. López, M. & Cabrales, F.& Schmal R. Gestión del Conocimiento, Colombia, 2005.
 31. Tacuri, M. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, Lima, 2009.
 32. Blauman, J. Nociones Básicas de Investigación Científica. Obtenida en: <http://iugt.com.ve/wp-content/uploads/2016/09/GuiaMetodologiadelainvestigaci%C3%B3n-Julio-Blaumann.pdf>

33. Rodríguez, J. Displasia de cadera no es lo mismo que luxación, Argentina.
34. Ministerio de salud. Guía Clínica displasia luxante de cadera: diagnóstico y tratamiento precoz. Santiago: Minsal, 2010. Obtenido de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a06ef2ae04001011f01678a.pdf>
35. Instituto Internacional de Displasia de Cadera (IDDC). Obtenido de: <http://displasiadecadera.org>.
36. Guía de práctica clínica de la displasia del desarrollo de la cadera. Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima -Perú. Servicio de traumatología y ortopedia, 2012. Obtenido de: www.insn.gob.pe/transparencia/sites/default/files/RD%20218-2012.pdf.
37. Wicart, P. & Admnsbaum, C. & Seringe, R. Luxación Congénita de cadera. Volumen 47, Francia, 2014.
38. Moraleda, L. & Albinana, J. & Salcedo, M. & González, M. Displasia del desarrollo de la cadera. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 57(1): 67-77, España, 2012.
39. Gómez, L. Displasia del Desarrollo de la Cadera, México, 2010.
40. Pérez, M. Displasia de Cadera en Pacientes Pediátricos, Soria, 2016.
41. Peñaherrera, L. Factores de riesgo de displasia del desarrollo de la cadera en pacientes atendidos en la Nova Clínica Santa Cecilia en el servicio de ortopedia de la ciudad Quito entre el periodo de enero del 2010 a diciembre del 2012, Quito, 2013.
42. Jackson J. & Runge M. & Nye N. Common Questions About Developmental Dysplasia of the Hip. American Family Physician. 90(12):843-850, EE. UU, 2013.
43. Cymet, J. & Álvarez, M. & García, G. & Frías, R. & Meza. El diagnóstico oportuno de la displasia de cadera. Enfermedad discapacitante de por vida. Consenso del Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología. Acta ortopédica mexicana, Mexico, 2011.
44. Meléndez, C. & Burgos, Y. & López, R. & Romero, A. & Torres. & Figueroa. Displasia de cadera. In Guía Clínica para el manejo de las principales

- enfermedades no prevalentes de la infancia en el primer nivel de atención p. 89-93, El Salvador, 2009.
45. Aoún, C. & Aoún, R. Metodología para el diagnóstico precoz de la displasia del desarrollo de la cadera. *Gaceta Médica de Caracas*. 117(01):18-26, Caracas, 2009.
 46. Ubierna, M. & Albertí, G. Displasia del desarrollo de la cadera. In *Traumatología SEdCOy. Manual de cirugía ortopédica y traumatología*. Madrid: Panamericana, 2009.
 47. Antón, L. & de Santos, M. Displasia del desarrollo de la cadera. In *Puericultura SEd, editor. El manual de Puericultura y Pediatría*. Madrid, 2015.
 48. Flores, A. & Castañeda, P. Tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera tipo Graf III y IV con el arnés de Pavlik. *Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica*, México, 2010.
 49. Moraleda, L. & Albiñana, J. & Salcedo, M. & González-Moran G. Displasia del desarrollo de la cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, España. 2013.
 50. Daza, N. & Canaval, H. La cadera luxable del recién nacido que sin tratamiento se estabiliza pronto, ¿es patológica o no? 2007.
 51. Cabrera, C. & Vega, A. & de la Cruz, Z. & Gómez, A. Diagnóstico precoz de la displasia del desarrollo de la cadera, una necesidad. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*. La Habana, 2010.
 52. Shorter, D. & Hong, T. & Osborn, D. Programas de cribado para la displasia congénita de la cadera en recién nacidos. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011.
 53. Báez, H. & Francisco, J. & Nava, N. & Vianet, R. & Leticia. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería *Aquichan*, vol. 9, núm. 2, pp. 127-134, La Sabana Cundinamarca, Colombia, 2009.
 54. Mera, R. *El cuidado humanizado de enfermería a la familia*. Lima, 2008.
 55. Ann & Robert H. Arnés Pavlik. *Lurie Children's Hospital of Chicago División de Cirugía Ortopédica y Medicina del Deporte*. Obtenido en:

<https://www.luriechildrens.org/en-us/care-services/specialties-services/orthopaedic-surgery/hip-spica-cast-care/Documents/pavlik-harness-brochure-espanol.pdf>

56. Lirola, J. Orthopediatria. Ortopedia Pediátrica Avanzada. Obtenida en: <http://www.orthopediatria.es/manejo-casa-del-bebe-arnes-pavlik/>
57. Bernal, R. Tratamiento de la Displasia de Cadera con Arnes de Pavlik. Mexico,2005.
58. Méndez, E. Nivel de Conocimiento que tienen los padres acerca del Cuidado del Niño de 6 meses, Lima, 2016.

ANEXOS

ANEXO 1



CUESTIONARIO

Estimada Madre de familia:

Buenos días. El cuestionario es anónimo, por lo que solicito que responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo de antemano su sinceridad y colaboración.

Instrucciones:

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (x) la respuesta correcta según crea conveniente.

A. DATOS GENERALES:

Edad de la madre: ...	Número de Hijo: ...	Edad de su ultimo hijo: ...
Sexo de su Bebe: <input type="checkbox"/> Femenino. <input type="checkbox"/> Masculino	Presentación: <input type="checkbox"/> podálico. <input type="checkbox"/> Eutócico (normal) <input type="checkbox"/> Cesárea.	Ocupación: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajo eventual
Grado de instrucción: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Técnico Superior <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Postgrado	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Separada	

B. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA DISPLASIA DE CADERA:

1. La Displasia de Cadera es:

- a. Malformación de los huesos de la cadera.
- b. Disminución del musculo alrededor de la cadera.
- c. Es una dislocación de la articulación.

2. La Displasia de Cadera es considerada:

- a. Enfermedad
- b. Malformación.
- c. Dislocación.

3. Piensa Ud. que la Displasia de Cadera:

- a. Se presenta al nacer.
- b. Se presenta antes del nacimiento.
- c. Ambas son correctas.

4. Cree Ud. que la Displasia de Cadera puede ser hereditaria:

- a. No.
- b. A veces.
- c. Si

5. La Displasia de cadera es frecuente en:

- a. Niños.
- b. Ambos sexos.
- c. Niñas.

6. Una de las principales causas de la Displasia de Cadera es:

- a. Llevar un vientre muy pequeño.
- b. Antecedentes familiares.
- c. No se conoce la causa exacta.

7. Uno de los principales factores de resigo es:

- a. Parto de nalgas y/o gran peso al nacer.
- b. Antecedentes familiares.
- c. A y B.

8. Cree Ud. que no asistir a los controles prenatales de forma adecuada es una causa de Displasia de Cadera:

- a. Si.
- b. A veces.
- c. No.

9. En qué momento se debe realizar las maniobras de detección precoz de Displasia de Cadera:

- a. Mientras duerme el niño.
- b. Después del baño del niño.
- c. Durante el control CRED.

10. En qué mes se debe realizar el examen de rayos X (Rx) para detectar la presencia de Displasia de Cadera:

- a. Al primer mes.
- b. Al segundo mes.
- c. Al tercer mes.

11. La encargada de realizar el despistaje de la Displasia de Cadera es:

- a. La Madre.
- b. La Obstetras.
- c. La Enfermera y el Medico.

12. Cree Ud. que la desigualdad de los pliegues posteriores de las rodillas son un signo de Displasia de Cadera:

- a. No.
- b. A veces.
- c. Si.

13. Si no se diagnostica la Displasia de Cadera a tiempo puede traer complicaciones:

- a. No.
- b. A veces.
- c. Si.

14. El tratamiento de la Displasia de Cadera es:

- a. Solo incremento de pañales.
- b. Solo empleo de arnés.

- c. Empleo de arnés y de requerirse intervención quirúrgica.

15. El especialista encargado del tratamiento de la Displasia de Cadera es:

- a. El pediatra
- b. El traumatólogo.
- c. El ortopedista.

16. El tiempo aproximado del tratamiento de la Displasia de Cadera es:

- a. 2 meses.
- b. 3 meses.
- c. 5 meses.

17. Cambios de posición del niño con tratamiento de Displasia de Cadera:

- a. Cada 6 horas.
- b. Cada 4 horas.
- c. Cada 2 horas.

18. Niño con tratamiento quirúrgico de Displasia de Cadera:

- a. Empleo de almohadillas para brindarle comodidad y confort.
- b. Evitar movilizar al niño bruscamente.
- c. Evite zonas de presión y realizar cambios de posición con extremo cuidado.

C. TIPO DE CONOCIMIENTO DE LA DISPLASIA DE CADERA:

19. La información de Displasia de Cadera la obtuvo de familiares o amigos:

- a. No.
- b. Si.

20. La información de Displasia de Cadera la obtuvo de un Profesional de Salud especialista:

- a. No.
- b. Si.

ANEXO 2



CUESTIONARIO DE CUIDADOS DE DISPLASIA DE CADERA.

Instrucciones

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre el cuidado del Bebe Usted debe marcar con una X si lo que aparece descrito en la afirmación lo realiza, con un SI o NO.

➤ ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ

1. ¿Le brinda Ud. lactancia materna exclusiva a su bebé?

Si()

No()

2. ¿Utiliza leche artificial o formula?

Si ()

No()

➤ CUIDADOS EMOCIONALES EN EL BEBÉ

3. ¿Le brinda caricias, mimos, miradas, palabras, gestos, besos a su bebé?

Si()

No()

4. ¿Responde a su vocalización y sus movimientos de su bebé?

Si()

No()

5. ¿Le transmite afecto y protección?

Si()

No()

6. ¿Le muestra disponibilidad para consolarlo o tranquilizarlo?

Si()

No()

➤ CUIDADO DEL ÁRNES

16. ¿Le pone ropa ajustada a su bebe?

Si()

No()

17. ¿Se asegura usted que las correas del arnés estén por fuera del pañal?

Si()

No()

➤ **POSTURA CORRECTA**

18. ¿Cambia de posición a su bebe frecuentemente para que no esté incomodo por el uso del arnés?

Si()

No()

19. ¿Pone usted a su bebe de lado, cuando esta con el arnés?

Si()

No()

20. ¿Trata usted de dejar que las piernas de su bebe caigan hacia los lados cuando usted lo esté cargando o cuando esta sobre la cama?

Si()

No()

➤ **TIEMPO DE JUEGO**

21. ¿Estimula usted a su bebé con juegos didácticos?

Si()

No()

22. El juego es una forma para relacionarte con tu bebé y fomentar su desarrollo y autoestima. A medida que tu bebé crece, el juego es crucial para su desarrollo social, emocional, físico y cognitivo. ¿Lo realizas Ud. ¿Con tu bebé?

Si()

No()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

