



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

TESIS

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA DISPLASIA DEL
DESARROLLO DE CADERA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL
CARMEN EN EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL AÑO 2018 ”

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

PRESENTADO POR

VARGAS RIMACHI, JULIANA

ASESOR

MG. ENRIQUE GUZMÁN NINAHUANCA LOPEZ

HUANCAYO- PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN

VARGAS RIMACHI, JULIANA

**“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA
DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA EN NIÑOS
DE 6 A 12 MESES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN EN EL
PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL AÑO 2018”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del Título de
Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas

HUANCAYO – PERÚ

2018

Se dedica este trabajo:

A Dios por brindarme este logro y darme la vida día a día.

A mis padres y familia porque me dieron su amor y apoyo incondicional en cada decisión y etapa de mi vida.

**Los sinceros agradecimientos a los
que hicieron posible esta tesis:**

Agradezco a las autoridades de la universidad Alas Peruanas, por la preocupación de la educación superior y su constante innovación para cumplir ese fin.

A mis familiares y amigos que me inspiraron a seguir desarrollándome profesionalmente y sobre todo a mi hijo que es el motivo de mi esfuerzo y dedicación en cada proyecto.

RESUMEN

La presente investigación titulada factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital regional docente materno infantil El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. El **objetivo general** fue determinar los factores de riesgo y su relación con la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Materiales y Método: La investigación fue de tipo descriptiva, el diseño fue de tipo descriptivo correlacional, se tomó como muestra de la investigación a 120 niños del servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital El Carmen. Los instrumentos que nos permitieron recolectar la información fueron las historias clínicas y la ficha debidamente validada. **Resultados:** se encontró que, de los 120 niños evaluados, se asocian como factores de riesgo: la edad donde se obtuvo un OR = 1, 867 (IC 95% 0,834- 4,177), $X^2= 44,259$ y un $p= 0, 000$; con respecto a los antecedentes familiares OR= 32, 813 (IC 95% 10,121- 106, 376), $X^2= 49,977$ y un $p= 0, 000$; la presentación podálica con un OR= 9, 962 (IC 95% 2,238- 44,345), $X^2= 12,450$ y un $p= 0, 000$; tipo de parto obtuvo un OR= 20, 042 (IC 95% 7, 373- 54, 478), $X^2= 44,011$ y un $p= 0, 000$, embarazo múltiple OR= 1,442 (IC 95% 1,274- 1,631), $X^2= 3,847$ y un $p= 0, 005$; se considera como factor protector el género masculino con un OR= 0,042 (IC 95% 0,834- 4,177), $X^2= 44,259$ y un $p= 0, 000$.

Conclusión: en este estudio se consideran como factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera la edad, los antecedentes familiares, presentación podálica, tipo de parto y embarazo múltiple.

Palabras clave: Factores de riesgo, displasia del desarrollo de cadera.

ABSTRACT

The present investigation entitled risk factors related to dysplasia of hip development in children from 6 to 12 months in the regional maternal and child teaching hospital El Carmen in the period from June to July of the year 2018. The general objective was to determine the risk factors and their relationship with the dysplasia of hip development in children from 6 to 12 months in the Regional Maternal and Child Teaching Hospital - El Carmen in the period from June to July of the year 2018.

Materials and Method: The research was descriptive, the design was descriptive correlational, 120 children from the Physical Therapy and Rehabilitation Clinic of El Carmen Hospital were taken as a sample of the research. The instruments that allowed us to collect the information were the medical records and the card duly validated. **Results:** it was found that, out of the 120 children evaluated, the following were associated as risk factors: the age where an OR = 1, 867 (95% CI 0.834-4.177), $X^2 = 44.259$ and $p = 0.000$ were obtained; with respect to family history OR = 32, 813 (95% CI 10,121-106, 376), $X^2 = 49,977$ and $p = 0,000$; the breech presentation with an OR = 9, 962 (IC 95% 2,238-44,345), $X^2 = 12,450$ and a $p = 0,000$; type of delivery obtained an OR = 20, 042 (IC 95% 7, 373-54, 478), $X^2 = 44,011$ and a $p = 0, 000$, multiple pregnancy OR = 1,442 (95% CI 1,274- 1,631), $X^2 = 3,847$ and a $p = 0.005$; The masculine gender is considered a protective factor with an OR = 0.042 (95% CI 0.834-4.177), $X^2 = 44.259$ and a $p = 0.000$. **Conclusions:** in this study they are considered as risk factors related to developmental dysplasia hip age, family history, breech presentation, type of delivery and multiple pregnancy.

Key words: Risk factors, dysplasia of hip development.

ÍNDICE DE CONTENIDO

HOJA DE APROBACIÓN.....	2
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	10
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	14
1.2. Formulación del Problema.....	16
1.2.1. Problema General.....	16
1.2.2. Problemas Específicos.....	16
1.3. Objetivos.....	17
1.3.1. Objetivo General:.....	17
1.3.2. Objetivos Específicos:.....	18
1.4. Justificación de la investigación.....	19
1.4.1. Justificación teórica.....	19
1.4.2. Justificación práctica.....	19
1.4.3. Justificación metodológica.....	19
1.4.4. Importancia de la investigación:.....	20
1.4.5. Viabilidad de la investigación:.....	20
1.5. Limitaciones del estudio:.....	21
CAPÍTULO II.....	22
MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Antecedentes.....	22
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	22
2.1.2. Antecedentes Nacionales:.....	24

2.1.3. Antecedentes Regionales y locales:.....	26
2.2. Bases Teóricas.....	28
2.2.2. Frecuencia.....	28
2.2.3. Embriología y Anatomía de la Cadera	29
2.2.4. La cadera displásica	31
2.3. Definición de términos básicos:.....	37
CAPÍTULO III.....	39
HIPÓTESIS Y VARIABLES	39
3.1. Formulación de hipótesis	39
3.1.1 Hipótesis general:	39
3.1.3. Variables de la Investigación.....	40
3.1.4. Operacionalización de variables.....	41
CAPÍTULO IV	42
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	42
4.1. Diseño del estudio:	42
4.2. Población.....	43
4.3. Muestra	43
4.4. Técnica de Recolección de datos.....	44
4.5. Técnicas estadísticas para el proceso de información:	47
4.6. Aspectos éticos	48
CAPÍTULO V	49
RESULTADOS	49
5.1. Presentación de tablas y gráficos	49
5.1.1. Características clínicas y factores predisponentes.....	49
5.1.2. Edad del niño.....	50
5.1.3. Género del niño	51
5.1.4. Antecedentes familiares	51
5.1.6. Tipo de parto.....	52
5.1.7. Embarazo múltiple.....	53

5.1.8. Displasia del desarrollo de cadera	53
5.2. Resultados de displasia del desarrollo de cadera según factores.	54
5.2.1. Displasia del desarrollo de cadera según edad	54
5.2.2. Displasia del desarrollo de cadera según género.	54
5.2.3. Displasia del desarrollo de cadera según antecedentes.....	55
5.2.4. Displasia del desarrollo de cadera según la presentación podálica.	56
5.2.5. Displasia del desarrollo de cadera según el tipo de parto.	56
5.2.6. Displasia del desarrollo de cadera según embarazo múltiple.	57
5.3 Análisis Inferencial:.....	57
5.3.1. Prueba de la Hipótesis General.....	58
5.3.2. Prueba de hipótesis específico 01	59
5.3.3. Prueba de hipótesis específico 02	61
5.3.4. Prueba de hipótesis específico 03.....	61
5.3.5. Prueba de hipótesis específico 04	63
5.3.6. Prueba de hipótesis específico 05	65
5.3.7. Prueba de hipótesis específico 06	66
DISCUSIÓN	68
RECOMENDACIONES	80
ANEXOS	89
Anexo 1 Matriz de consistencia.....	90
Anexo 2 Instrumento de recolección de datos.....	92
Anexo 3 Validación	93
Anexo 4: Confiabilidad	96
Anexo 5: Consentimiento informado	97
Anexo 6 : Declaración Jurada	98
Anexo 5 Evidencias Fotografías.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de la muestra y porcentaje según características clínicas y factores	49
Tabla 2: Distribución de la muestra y porcentaje según edad del niño	50
Tabla 3 Distribución de la muestra y porcentaje según edad del niño.....	51
Tabla 4 Distribución de la muestra y porcentaje según antecedentes familiares..	51
Tabla 5 Distribución de la muestra y porcentaje según presentación podálica	52
Tabla 6 Distribución de la muestra y porcentaje según tipo de parto	52
Tabla 7 Distribución de la muestra y porcentaje según presentación podálica	53
Tabla 8 Distribución de la muestra y porcentaje según displasia del desarrollo de cadera.....	53
Tabla 9 Distribución de la muestra de displasia del desarrollo de cadera según edad.....	54
Tabla 10 Distribución de la muestra según genero	54
Tabla 11 Distribución de la muestra según antecedentes.....	55
Tabla 12 Distribución de la muestra según la posición podálica al nacer.....	56
Tabla 13 Distribución de la muestra según el tipo de parto.....	56
Tabla 14 Distribución de la muestra según el número de hijo afectado	57
Tabla 15 Prueba de Chi-Cuadrado y Odds Ratio.....	59
Tabla 16 Prueba de Chi-Cuadrado / OR.....	60
Tabla 17 Prueba de Chi-Cuadrado / OR.....	61
Tabla 18 Prueba de Chi-Cuadrado / OR.....	63
Tabla 19 Prueba de Chi-Cuadrado / OR.....	64
Tabla 20 Prueba de Chi-Cuadrado / OR.....	65

Tabla 21 Prueba de Chi-Cuadrado / OR67

INTRODUCCIÓN

Se trata de una patología congénita donde el acetábulo no tiene relación con la cabeza femoral, estamos hablando de la Displasia del Desarrollo de Cadera que son las iniciales de la displasia del desarrollo de cadera (1). Es un tema preocupante para el área de ortopedia pediátrica ya que la incidencia oscila del 0.65 al 4 por cada 1000 recién nacidos vivos lo que abarca sin duda gran población de niños con esta patología (2).

En la actualidad es un tema conocido donde involucran diferentes factores desde latitudes y etnias ya que se ha reportado una baja incidencia en personas de África donde predomina el color de piel negro característico de sus etnias, se ha reportado que a nivel mundial que de cada mil nacidos vivos solo uno o dos reportan DDC. En países como Alemania encontramos la incidencia de un dos a cuatro por ciento con esta patología, a nivel de América Latina encontramos a Chile que de cada diez mil nacidos vivos siete presentan la patología. En Cuba se encontraron 3 a 4 casos por cada mil nacidos vivos (3).

Es característico de los recién nacidos la laxitud fisiológica lo que ocasiona que la articulación acetabular sea inmadura, esta condición por lo general se va corrigiendo con el crecimiento y desarrollo del niño, en la mayoría no presenta efectos adversos ni secuelas. Pero cuando no sucede de esta manera puede haber consecuencias que van desde dolor, patologías en la marcha hasta una coxartrosis grave que imposibilita la independencia del paciente. Encontramos según la literatura que no solo los factores fisiológicos afectan a esta patología, también encontramos factores sociodemográficos como sexo, edad, etnia, cultura y factores natales como presentación podálica y poco líquido amniótico (4).

En relación a lo expuesto, el presente estudio está dividido en capítulos, los cuales se describen a continuación:

El capítulo I describe la situación problemática, formulación del problema general y específicos, formulación de objetivos, justificación y las limitaciones de esta investigación.

En el capítulo II se describe el marco teórico, antecedentes internacionales, nacionales y regionales que dan respaldo y consistencia a nuestras bases teóricas y definición de términos básicos.

En capítulo III contiene las hipótesis y variables, operacionalización de variables.

El capítulo IV describe la metodología, diseño metodológico, diseño muestral, técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad, técnicas estadísticas y procesamiento de la información. Los

En el capítulo V. Los resultados de esta investigación se muestran según las tablas y gráficos.

Por ultimo presentamos el capítulo VI donde se presentan la discusión. Para finalizar se muestran las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

De esta manera se presenta el trabajo que suma la bibliografía de investigación de la carrera de Tecnología Médica en terapia física y rehabilitación, incentivando al conocimiento y búsqueda de soluciones de problemáticas de nuestro contexto.

La autora.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Las abreviaturas DDC hacen referencia a la displasia del desarrollo de la cadera, esto describe una patología de desarrollo que debería de corregirse según el crecimiento del niño y no ocasionar mayor dificultad (5). Para establecer un pronóstico debemos tener en cuenta la edad así establecer la mejora, ya que es se da de manera proporcional a los meses, esto permite que las estructuras se desarrollen durante esta etapa de crecimiento (6).

En las comunidades afroamericanas, chinas y algunas latinoamericanas existen costumbres como colocar al bebe en flexión de caderas y abducción, al parecer esto se refleja en la poca casi nula presencia de DDC en comparación con los países desarrollados y en vías de desarrollo como México que en el año 2013 tenía una prevalencia de 1000 recién nacidos vivos

un 8% presentaron la patología esto lo relacionamos con la manera de cuidar y vestir a sus niños con caderas en aducción y extensión (7).

La frecuencia de la enfermedad del desarrollo de la cadera en Colombia es 1.09% con mayor incidencia en regiones andinas que en costeras y en el mundo es de 2%. En Chile su incidencia se estima en 1 cada 500 a 600 recién nacidos vivos, el 60% de los niños con una DDC típica es primogénito y el 30-50% con un parto de nalgas puras. La presentación de nalgas puras con las caderas flexionadas y las rodillas extendidas es la postura de mayor riesgo. En Guatemala en las décadas de 1980 al 2000 la incidencia encontrada fue de 6.59 a 9.69 por cada 1,000 nacidos vivos. El Dr. Guerra en el 2008 en Bolivia analizo 82 casos de niños(as) con DDC, 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. Antecedentes: presentación cefálica (73%) y podálica (19%). Parto vaginal en el 87% y 13% por cesárea (8).

En la actualidad se considera que parte importante en la atención de servicio de salud debe ser priorizado en crear protocolos y directrices de diagnóstico, pronóstico y tratamiento para abordar esta patología con un seguimiento mínimo de 12 meses, es por ello que es importante conocer los condicionantes de riesgo junto con una evaluación físico orientado a la DDC (9).

A nivel nacional se encontró en el reporte del 2014 de la clínica San Juan de Dios, Arequipa tiene el mayor índice de pacientes con displasia de caderas con 4,342 casos de niños entre los 3 meses y 14 años, le sigue Puno con 378 y Cusco con 74. Cerro Colorado, Cayma y Alto Selva Alegre son los distritos con mayor número de pacientes (10).

En nuestra localidad se encontró un estudio del año 2018 retrospectivo transversal tras un muestreo de 103 pacientes pediátricos de 0 a 12 meses con DCC obteniendo como resultado 68% sexo femenino predominio cadera izquierda , primogénito 75.7%, presentación cefálica 78,6%, parto normal 67% , edad materna 17-35 años 75.5% (10). Así mismo no se reporta los factores a los que estuvieron expuestos los lactantes menores con diagnóstico positivo, tampoco se cuentan con protocolos de tratamiento en su desarrollo motor ni las consecuencias que afecten a los niños. Son estas razones y problemática lo que motivo el desarrollo de esta investigación.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

- a) ¿Cuál es la relación entre la edad y la displasia del desarrollo en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018?

- b) ¿Cuál es la relación entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018?
- c) ¿Cuál es la relación entre los antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018?
- d) ¿Cuál es la relación entre la presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018?
- e) ¿Cuál es la relación entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018?
- f) ¿Cuál es la relación entre el embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar los factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- a) Identificar la relación entre la edad y la displasia del desarrollo en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.
- b) Identificar la relación entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018.
- c) Identificar la relación entre los antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.
- d) Identificar la relación entre la presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.
- e) Identificar la relación entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.
- f) Identificar la relación entre el embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

La investigación se justifica teóricamente por servirse de las bases teóricas con referencia a las alteraciones de cadera y su desarrollo y los componentes que predisponen a los niños a esta patología, cuyas bases teóricas servirán para comprender el comportamiento de la displasia en relación a los factores de riesgo de la institución donde se realiza la investigación. Así mismo los resultados numéricos, porcentuales de la investigación podrán sentar las bases de datos en relación a la prevalencia de Displasia de cadera. Además, se podrá corroborar la vigencia del marco teórica o su complementariedad; para entender la Displasia de cadera.

1.4.2. Justificación práctica

El estudio se justifica de manera práctica por el propósito de proponer nuevos protocolos de tratamiento más eficaces, orientadas a prevenir las anomalías de carácter anatómico que afecten el desarrollo del acetábulo, así como la cabeza femoral y otras estructuras involucradas en la patología de estudio (11).

1.4.3. Justificación metodológica

Esta investigación se justifica de manera metodológica por el diseño de la investigación, el uso del método científico, los instrumentos validados para la etapa de recopilación de información para el logro de los objetivos. Así mismo establecer los factores involucrados en el diagnóstico y manejo de los especialistas involucrados en las patologías pediátricas.

1.4.4. Importancia de la investigación:

Según los antecedentes nacionales, identificados en cuyas conclusiones se determina que la displasia de cadera no tratada a tiempo, causará discapacidad física. Es una necesidad inmediata evaluar los diferentes factores presentes en el desarrollo de cadera. Por lo tanto, la finalidad del estudio tiene relevancia en el aspecto preventivo ya que una adecuada evaluación basada en agentes predisponentes nos dará la oportunidad del diagnóstico oportuno y esto a la vez la posibilidad de evitar complicaciones en el desarrollo de los niños. Es un pilar de nuestra carrera la parte preventiva- promocional como aliado para fomentar el movimiento corporal humano y garantizar la menor existencia de factores que alteren o atenten contra ello, esta investigación nos permite tener una realidad de factores a los que están expuestos nuestros niños y tomarlo como referencia para investigaciones futuras en la misma área.

1.4.5. Viabilidad de la investigación:

Se consideran criterios de viabilidad por contar con:

- ✓ Información y bases teóricas como tesis ejecutadas, revistas científicas. Además de la facilidad de la oficina de estadística, registro de historias y procedimientos de responsables de la atención que trabajan en la institución donde se ejecutó la investigación.
- ✓ Materiales y el apoyo del área logística.
- ✓ Recursos financieros para costear el trabajo de investigación.

1.5. Limitaciones del estudio:

Entre los principales encontramos:

- ✓ Los análisis estadísticos de éstos resultados, no presentaron carácter confirmatorio sino de exploración de factores que podrían modificar la presencia de diferentes factores de riesgo. Además, el diseño aplicado, no fue experimental.
- ✓ Así mismo manejo de habilidades sociales para acceder a la información mediante la técnica de entrevista a la población.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

El Jashi R, et al. Publicaron en el 2017 el artículo científico titulado: la asociación entre el género y la prevalencia familiar de displasia de cadera en pacientes daneses. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de displasia de cadera entre familiares de pacientes daneses con displasia de cadera operada con osteotomía periarticular y el grado de relación de los miembros de la familia afectados. La metodología empleada fue un estudio de tipo transversal, con una población de 676 pacientes reportados en la base de datos de pacientes operados de osteotomía desde 1998 a 2014, se aplicó el cuestionario de prevalencia familiar. Los resultados mostraron un 30% de prevalencia familiar y el 73% tuvo parientes en primer grado afectados. La conclusión nos dice que las

mujeres tienen un 32% mayor de prevalencia familiar (12).

Telmo, I. elaboró la tesis de pregrado: factores de riesgo para displasia del desarrollo de cadera en niños de 0 a 12 meses en el Hospital Vicente Corral Moscos en los meses de Enero a Junio del 2013, la metodología utilizada fue la de casos y controles, considerando 320 niños del Servicio de Pediatría, Ortopedia y Traumatología. Dentro de los factores de riesgos estudiados se consideraron: antecedentes familiares, edad, género, presentación podálica y primiparidad. Dentro de los resultados se encontró que la edad de los niños evaluados es en promedio de 7, 10 meses, el sexo femenino fue prevalente con el 72, 8%, el 11,3% tuvo antecedentes familiares, el 37,5% eran madres primigestas, el 3,4% nació por parto podálico. Para la estadística inferencial se consideró el Odds ratio siendo los resultados: antecedentes familiares de displasia: OR= 4,84 y un $p= 0,000$; sexo femenino OR= 1,01 y $p= 0,98$; tipo de gestación primípara: OR= 1,59 y $p=0,059$ y presentación podálica OR= 3,64 y $p= 0,03$. La conclusión del estudio considera como factores de riesgo a los antecedentes familiares y la posición podálica al nacer (13).

Saeteros, X. en su trabajo de investigación Factores de riesgo para displasia de la cadera en desarrollo en niños de 0 a 12 meses del hospital Vicente Corral Moscoso -enero-junio del 2013. La metodología utilizada fue de casos y controles. El objetivo de la investigación fue determinar la incidencia de los factores de riesgo en una población de 320 niños. El estudio concluyó que el sexo femenino reportó mayor casos con un 72,

8%, el 11, 3% presentó antecedentes familiares, el 3,4 % nació con presentación podálica y que el 37, 5% eran madres primíparas, los valores de la estadística inferencial son: sexo femenino odds ratio de 1,01 con un p valor de 0,98; tipo de gestación primípara: odds ratio de 1,59 y un p valor de 0,059 y presentación podálica con un odds ratio de 3,64 y un p valor de 0,03. La investigación concluye en que los antecedentes familiares tienen una relación significativa y positiva al igual que la presentación podálica (14).

Encarnación, J. Tesis de pregrado titulada Incidencia y tratamiento quirúrgico de luxación congénita de caderas en niños y niñas menores de 4 años atendidos en la consulta externa del Hospital Isidro Ayora de Loja en el año 2010, tuvo como objetivo la determinación de agentes predisponentes de la DDC, edad del diagnóstico y el tratamiento aplicado. Dentro de los resultados más significativos se halló que en el año 2008 fueron 56 niños los que se atendieron con esta patología, el género femenino con mayor prevalencia, la edad de diagnóstico se relaciona con el inicio de la marcha y los casos reportados después de la marcha tuvieron un tratamiento traumático ya que las consecuencias eran mayores (15).

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Rafael, L. realizó la tesis de pregrado: precisión diagnóstica del examen físico y de factores de riesgo en el diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera en infantes menores de un año. El objetivo del estudio se basó en el diagnóstico oportuno de la DDC, y que factores presentaban los pacientes

en lactantes menores. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo. La muestra fue de 28 infantes con diagnóstico anormal. Los resultados mostraron que el valor de precisión diagnóstico con un factor de riesgo es de 62,5 % seguido por un valor de precisión diagnóstica sin factores de riesgo fue de un 57,1% (16).

Caballero, M. realizó la tesis de pregrado: prevalencia y factores predisponentes de displasia del desarrollo de cadera en lactantes menores de 12 meses evaluados en el servicio de consulta externa de Traumatología Pediátrica del hospital de Ventanilla, enero- diciembre del año 2014. Lima – Perú. El objetivo del estudio fue determinar los factores planteados como medio de riesgo en la DDC. La metodología utilizada fue de tipo observacional, retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Se evaluaron a 82 lactantes con diagnóstico de DDC. Los resultados muestran que los factores el 84,15% era de sexo femenino, el 7,32% tenía antecedentes familiares, el 84,15% era primera gestación, el 6,1% presentó Oligohidramnios y el 30,49% nació con presentación podálica. En el análisis inferencial se obtuvo los valores de OR y p valor de: antecedente familiar de un OR 21,8 y un p valor de 0,000; sexo femenino OR 4,73 y p valor de 0,000; primigestas con un OR 4,031 y un p valor de 0,000 presentación podálica con un p valor = 0,534 y un OR 0,845, embarazo múltiple p= 0,915 y OR 1,132 y Oligohidramnios p= 0,037 y OR 3,545. A manera de conclusión se establecen como factores de riesgo a los antecedentes familiares, género femenino, primera gestación, y Oligohidramnios, y no se encuentra relación significativa con los demás factores planteados (17).

Onton, B. realizó a tesis de pregrado: “Factores de riesgo y tratamiento fisioterapéutico de la enfermedad luxante de cadera en niños menores de un año del Hospital II de Es salud - Abancay 2010 – 2014, esta investigación tuvo como objetivo establecer los agentes de riesgo y registrar el tratamiento y respuesta de los niños. La metodología utilizada fue descriptiva con una muestra de 132 niños con DDC y 264 que no presentaban DDC. Los resultados fueron: en el año una prevalencia del 29, 95% en el año 2010, seguido por un 26, 54% en el 2014, un 26,18% en el 2012. El estudio concluye que el sexo femenino, la presentación podálica, bajo peso al nacer, oligohidramnios y primípara se consideran factores de riesgo (18).

Jara J. realizó la investigación titulada Factores relacionados con displasia de caderas en niños y niñas de 2 a 24 meses. Juliaca, enero de 2014 – abril del 2015. El objetivo de la investigación fue correlacionar los factores relacionados a la DDC, se utilizó la metodología observacional, tipo de estudio prospectivo, transversal, en una muestra de 533 niños del Servicio de Rehabilitación del Hospital Carlos Monge Medrano, utilizando la entrevista y examen clínico radiológico. Los resultados muestran una relación de antecedentes familiares ($p=0,02$), presentación podálica ($p=0,0004$), sexo femenino ($p=0, 0004$). La conclusión de la investigación nos dice que los factores de la DDC son coincidentes con las anteriores investigaciones y prioriza los antecedentes clínico radiológicos (19).

2.1.3. Antecedentes Regionales y locales:

Rabanal DL. Realizó la tesis de pre grado titulada: Factores de riesgo que inciden en la displasia del desarrollo de cadera en pacientes pediátricos

de 0 a 12 meses de edad atendidos en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, durante el periodo de 2015- 2017, el objetivo de la investigación fue describir los factores que inciden en la población descrita durante los años del 2015 al 2017. La metodología utilizada fue de nivel descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal con una muestra de 103 pacientes. En los resultados se obtuvo en relación a los factores de riesgo un 68% de sexo femenino, primogénito con un 75.7%, presentación cefálica con un 78.6%, parto normal con un 67% y la edad materna de 17 a 35 años con un 75.7%. La investigación concluye en que los factores de riesgo se centran más en los factores sociodemográficos y culturales lo que no permite estandarizar los factores en una sola clasificación (20).

Cullanco, J; Nuñez, J. realizaron la tesis de pre grado titulada: factores de riesgo y displasia de cadera en lactantes menores de 12 meses del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo, enero – diciembre del año 2017. El objetivo fue determinar los agentes considerados de riesgo en la población menor a un año, la metodología utilizada fue observacional, analítico. La muestra estuvo conformada por 316 lactantes y los resultados fueron: asociación positiva con los antecedentes familiares con OR = 26, 59 y un chi cuadrado de 20, 592 con un $p=0,000$, seguido de presentación podálica OR=2,558, chi cuadrado =3,849, $p=0,050$; no se encuentra relación para sexo femenino, edad de la madre; peso del niño al nacer, embarazo múltiple, llegando a la conclusión de que en este estudio los antecedentes familiares y la presentación podálica

son asociados positivamente con el desarrollo de DDC (21).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Displasia del desarrollo de la cadera.

Considerada como una alteración de la articulación coxofemoral creando inestabilidad en las estructuras anatómicas relacionadas, esto puede ser diagnosticado semanas después del nacimiento y ocasiona poco desarrollo o desarrollo anormal de las funciones motoras (22).

Para definir la severidad lo podemos dividir así:

- **Luxación:** cuando no existe contacto entre el acetábulo y la cabeza femoral.
- **Subluxación:** desplazamiento de la articulación coxo- femoral, caracterizada por lo general con la articulación en rotación externa y ascendida.
- **Displasia:** existe una deformación de la articulación coxo- femoral por alguna anomalía estructural (12).

La DDC puede ser consecuencia de otras enfermedades relacionadas como síndromes degenerativos, pero en otros casos no manifiestan relación (23).

2.2.2. Frecuencia

Se estima que 1.5 a 20.7 de cada 1000 nacidos vivos presente DDC, esto equivale alrededor del 0.1 a 3% de la población relacionado con el sexo femenino o presentación podálica, la mayoría de estudios no precisan los factores expuestos por lo que la frecuencia aumenta según la exposición o no a uno o más factores (24). Sin embargo, la población no tiene

conocimiento de esta patología, aunque las estadísticas mencionen que 2. 3 de cada 1000 niños necesitan tratamiento pocos son diagnosticados o llevados a un especialista a tiempo para ello, esto puede causar diversos grados de discapacidad física que empeoran con el tiempo y son permanentes (16).

Debido a lo mencionado en el párrafo anterior la clave está en el diagnóstico precoz, es decir durante las primeras semanas de nacido, esto sumado a un adecuado tratamiento disminuye el proceso patológico de inestabilidad de cadera y displasia del desarrollo de cadera (25).

Los análisis de imagen u otros medios de diagnóstico como la ecografía son fundamentales en las primeras etapas de vida, ya que hasta las primeras 4 semanas el lactante no da señales patológicas, nos guiarán los factores de riesgo para realizar el descarte. Sin duda estas medidas de prevención y tratamiento lograrán solucionar las inestabilidades y displasias del desarrollo de cadera hasta los 3 meses, sin duda esta es la mejor opción (19).

2.2.3. Embriología y Anatomía de la Cadera

La vida intrauterina es un complejo desarrollo de órganos y estructuras dentro de ello vamos a diferenciar a la etapa embrionaria comprendida por las 8 primeras semanas de gestación, es aquí donde a partir de las diferentes placas se forman los tejidos y por ello en esta fase se dan la mayoría de malformaciones congénitas. Con respecto al desarrollo de la cadera empieza desde que las células mesenquimatosas realizan las impresiones de tronco de cono y disco, esto gracias a la condensación celular se separan formando las estructuras del acetábulo y cabeza femoral en relación al tiempo se da

aproximadamente a las 4 semanas, ya para la semana 7, empiezan los primeros movimientos esto hace posible que la hendidura articular se degenera y separe el fémur del acetábulo (25).

En la semana 9 el acetábulo es una estructura diferenciada, apareciendo el cartílago articular, nervios, vasos y los estabilizadores que son músculos y ligamentos, no aplica el termino de luxación antes de esta semana de desarrollo. Al término de la novena semana empieza el periodo fetal caracterizada por el crecimiento acelerado de las células, una vez constituido las estructuras de la articulación de cadera siguen su crecimiento guiado por fuerzas mecánicas (25).

Al tercer mes aparecen los núcleos de osificación gracias a los moldes cartilaginosos y su irrigación por las venas centrales, los núcleos dan origen a segmentos como diáfisis femoral y los huesos del ilíaco (ilion, pubis e isquión) que diferencia mejor el acetábulo y el cartílago contenido en forma de Y (26).

A los 5 meses empiezan a desarrollarse las características anatómicas del fémur: cabeza femoral de 5mm, trocánter mayor más desarrollado, cuello anatómico. A esta edad la cabeza femoral es una semiesfera estable y evita las luxaciones por los movimientos intrauterinos (27).

Al nacer el ángulo cervicodiafisario es mayor oscilando entre 135° a 145°, otra de las características es la anteversión del cuello anatómico del fémur con una angulación de 25° a 30° en recién. Hasta el año el fémur sigue sufriendo alteraciones de crecimiento, la epífisis se alarga lo que proporciona características biomecánicas adaptables al comportamiento motor del niño,

la angulación femoral que antes era de 30° baja a 10°, los núcleos de osificación son visibles entre los 3 meses y 6 meses, es por ello que antes de esta edad no se notarían en unos rayos x y se opta por una ecografía (27).

Con respecto al acetábulo, la forma oblicua que tenía al inicio va disminuyendo creando una mejor coaptación con la cabeza femoral, la marcha es un factor para la acomodación de estas estructuras es por ello que siguen un proceso de crecimiento y desarrollo hasta la pubertad, en esta etapa se ve consolidados los cartílagos que conforman el borde lateral del acetábulo es por ello que se indica el seguimiento y resultado final del tratamiento hasta esta etapa (27).

2.2.4. La cadera displásica

Los mecanismos de crecimiento y desarrollado son variados en una cadera displásica, ya que influyen factores como cargas y soporte de peso y la edad y adaptación de las caderas. Con respecto al acetábulo pierde la oblicuidad que le daba un tipo de articulación enartrosis a la cadera supliéndolo por un aplanamiento del techo y con ello la deformación del labrum haciendo más voluminoso, capsula articular, tejido fibroso y ligamento transverso invertido (27).

En caso del fémur en su zona proximal el cuello anatómico de acorta deformando la cabeza femoral y angulación cervicodiafisario, esta alteración en el ángulo nos da como resultado coxa valga, dependiendo de las demás estructuras y fuerzas involucradas biomecanicamente, algunos autores señalan lo contrario es decir una coxa vara (21).

2.2.4.1. Etiología

Las causas se centran en la alteración del desarrollo de la articulación de cadera y sus componentes, de manera general todo lo que influya a que la cabeza femoral y el acetábulo no estén coaptados, dentro del acetábulo, tenemos a los cartílagos acetabular y trirradiado que permiten el encaje cualquier factor que altere estas estructuras resultará en una alteración de cadera, siendo más expuestos dentro de los últimos meses de embarazo (22).

Dentro de las causas más frecuentes encontramos la hiperlaxitud ligamentaria benigna, posturas adaptadas por el feto (transversa o podálica) en el vientre materno y los factores mecánicos que inciden en cadera como el poco líquido amniótico, un embarazo gemelar, miomas, entre otros (20).

2.2.4.2. Factores de riesgo: Se considera factor de riesgo a las características, cualidades, rasgos que incrementan las probabilidades de enfermarse o tener alguna lesión (28).

Según la American Academy of Pediatrics los principales factores de riesgo son: los antecedentes familiares, la posición podálica del feto y el sexo femenino, los cuales están siendo estudiados y actualizados (28).

A. Factores de riesgo del niño/a

a. Género:

El género nos da las características en nuestro organismo una de ellas es la hiperlaxitud ligamentaria lo cual es con mayor frecuencia en el género femenino con una proporción de 1:4,

esto se debe a las hormonas maternas como la relaxina. Los diferentes estudios realizados muestran mayor prevalencia del sexo femenino en varios de ellos es mayor del 60% de la población como ejemplo tenemos a Bolivia que analizaron 82 casos de los cuales el 75,5% eran mujeres que presentaron DDC (29).

b. Antecedentes o historia familiar de displasia:

Corresponden a los familiares en primer grado que presentaron displasia de desarrollo de cadera, la carga genética está relacionado con el género y la estación de nacimiento. El niño que tiene a dos progenitores con DDC tiene mayor riesgo de presentar esta patología que los niños cuyos padres no tuvieron DDC. En China se realizó una investigación de 9 generaciones con DDC, los resultados mostraron una incidencia del 31,03% (30).

Los porcentajes varían en relación a padres es de un 12% y entre hermanos de un 6%, en caso de que se presente ambos es decir que el padre y el hijo presentaron DDC la probabilidad del hermano es de un 37%. Esto difiere de las características morfológicas de las familias lo cual condiciona alteraciones de postura (31).

c. Presentación:

Esto refiere a la posición al nacer, la posición podálica o de nalgas es la que mayor prevalencia ha tenido en los

antecedentes y estudios revisados, es así que nos da un valor de 29 cada 1000 en niños y en niñas de 133 cada 1000 (31).

En relación a la posición de rodillas extendidas se considera el principal ocasionante de DDC por acortamiento del musculo psoas iliaco, con una incidencia de 10 hasta el 50% de los casos (32).

En bebes que nacieron en presentación pélvica, se realizó un comparativo entre parto eutócico y distócico obteniendo que los bebes que nacieron por parto eutócico tienen una incidencia de 1.31 veces más que los de parto distócico (27), el segmento que reporta más casos es el miembro inferior izquierdo con un 60%, el 40% restante es del miembro inferior derecho o bilateral (29).

Los factores de riesgo que presentaron menor relación positiva en los estudios revisados fueron: edad gestacional, oligohidramnios, numero de gesta y parto distócico, estos al no ser tan comprobados requieren mayor observación y examen durante el diagnostico (33).

d. Edad gestacional:

La edad gestacional refiere a las semanas en que se da a luz, lo normal es entre las 39 y 40 semanas, diciendo que el bebe nació a término, en las investigaciones refieren que los bebes nacidos a término no presentan tanto riesgo como los nacidos post termino,

en estos últimos el riesgo aumenta entre 1.48 a 2.13 veces más que en bebés pre término (31).

B. Factores maternos

a. Edad de la madre:

En las mujeres se considera la edad fértil para concebir entre los 18 y 28 años, a partir de los 30 es un riesgo para el bebé de tener displasia del desarrollo de cadera aumenta entre 1.71 a 2.32 veces más que madres menores de 20 años (32).

b. Número de gesta – número de hijo:

Las posibilidades de que los primeros hijos tengan DDC es mayor con un 62,1% en gestas 29,2% y en el tercer embarazo un 8,6%, las estadísticas mencionan que de cada diez seis son primogénitos (28, 31).

Las explicaciones de porque los primogénitos tienen más prevalencia es porque el útero de más madres es más rígido lo que no permite la movilidad del feto (33).

c. Embarazo múltiple o gemelar:

El embarazo gemelar ocasiona la disminución de la movilidad de los fetos y eso a la vez ocasiona retraso en el desarrollo del acetábulo lo cual se puede detectar con un ultrasonido antes del nacimiento para poder facilitar el tratamiento (34).

d. **Tipo de parto:**

Existen dos tipos de parto: eutócico y distócico, el primero hace referencia al parto vaginal y el segundo por cesárea, en cuanto a la relación, el parto distócico se aplica solo cuando hay complicaciones del parto o el bebe es muy grande para nacer por el canal de parto, no se reportan mucha incidencia como con el parto eutócico (31).

2.2.4.3. Diagnostico

Los datos del paciente están registrados en la historia clínica de manera secuencial, es decir se comienza por los datos generales y los factores de riesgo en la anamnesis, se prosigue con el examen físico de la cadera, pliegues glúteos y signos para el descarte de patologías de cadera, lo cual queda evidenciado en las citas y controles, lo recomendable es realizar un chequeo a los 2 meses y después de forma trimestral hasta el año (35).

Con respecto a la evaluación física necesita de experticia y paciencia de parte del evaluador, ya que se examinan de manera unilateral y bilateral. A medida que el niño crece las pruebas se modifican y adaptan, complementario a esto se utiliza las pruebas de imágenes para el diagnóstico dependiendo de la edad del niño, cabe resaltar que antes de los 2 meses los núcleos de osificación no son notorios por lo cual no podrá visualizarse en una placa de rayos x, en ese caso se opta por ecografías como parte del screening, esto disminuirá la prevalencia de DDC en las

poblaciones (33)

2.3. Definición de términos básicos:

- ✓ **Displasia del desarrollo de la cadera:** Se denomina así a la alteración en las estructuras de la articulación de cadera, para ser más específicos entre la unión de la cabeza femoral con el acetábulo, se presenta de diferentes maneras puede ser una inestabilidad o luxación por diferentes motivos están dos estructuras no están coaptadas y ocasionan anomalías del desarrollo en cadera (11).
- ✓ **Factores de riesgo:** Son las características, cualidades, rasgos a los cuales está expuesto el individuo que aumenta la posibilidad de padecerla patología en mención (38).
- ✓ **Género:** Características biológicas que diferencian entre femenino o masculino, principalmente por los órganos sexuales (39).
- ✓ **Luxación:** biomecánicamente se considera luxación como deslizamiento o pérdida de contacto total o parcial de superficies articulares, esto produce lesión en tejidos adyacentes (40).
- ✓ **Subluxación:** Es una variante de la luxación caracterizada por el desplazamiento de una estructura ósea en la articulación, se diferencia de la luxación ya que solo es un segmento comprometido y el contacto se mantiene (36).
- ✓ **Presentación fetal:** Parte del feto que aparece primero en la pelvis. Las presentaciones cefálicas son las de vértice, frente y mentón; las de nalgas son la de nalgas franca y las podálicas simple y doble (41).
- ✓ **Parto:** Se considera parto al conjunto de movimientos y mecanismos

asociados que tiene como fin el alumbramiento del feto (42).

Parto distócico: Es el tipo de parto caracterizado por la intervención de cirugía o mecanismos instrumentales para ayudar al producto a nacer (43).

Parto eutócico: Se considera así al tipo de parto natural es decir por vía vaginal (44).

- ✓ **Embarazo múltiple:** Considerado múltiple ya que el útero de la mujer acoge más de un feto en el mismo periodo, este es el caso de embarazos gemelares, cuyos reportes están en aumento según la intervención hormonal de fertilidad que haya recibido la madre. Al año las probabilidades de un embarazo gemelar fueron 1 de 80 y en caso de tres fetos es de 1 de cada 8000 embarazos (45).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de hipótesis

3.1.1 Hipótesis general:

Existe una relación directa y significativa entre los factores de riesgo y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018

3.1.2 Hipótesis específicos:

- a) Existe una relación directa y significativa entre la edad y la displasia del desarrollo en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.
- b) Existe una relación directa y significativa entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

- c) Existe una relación directa y significativa entre los antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.
- d) Existe una relación directa y significativa entre la presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.
- e) Existe una relación directa y significativa entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.
- f) Existe una relación directa y significativa entre el embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

3.1.3. Variables de la Investigación

Variable 01

- ✓ Factores de riesgo

Variable 02

- ✓ Displasia del desarrollo de cadera

3.1.4. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Criterios	Tipo Variable Escala	Instrumento
Factores de riesgo	Son las características, cualidades, rasgos a los cuales está expuesto el individuo que aumenta la posibilidad de padecerla patología en mención (38).	Características que aumenta la posibilidad de displasia de cadera	Factores de riesgo	• Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 6-9 meses • 9 a 12 meses 	Discreta	Cuestionario
				• Genero	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino (F) • Masculino (M) 	Nominal	
				• Antecedentes familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
				• Presentación podálica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
				• Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Eutócico • Distócico 	Nominal	
				• Embarazo múltiple	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
Displasia del desarrollo de cadera	Alteración en las estructuras de la articulación de cadera, para ser más específicos entre la unión de la cabeza femoral con el acetábulo (11).	Niños con alteraciones de la articulación con displasia de cadera.	Diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera	Diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera	<ul style="list-style-type: none"> • Sin DDC • Con DDC 	Nominal	Historia Clínica

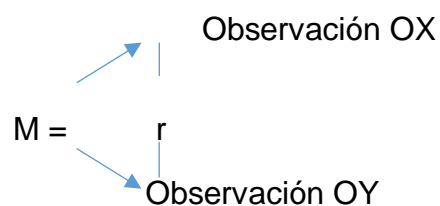
CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño del estudio:

El diseño de la investigación fue no experimental, observacional, prospectivo, descriptivo – correlacional, en el cual se registraron los datos según su expresión natural; manifestaciones y comportamientos de las variables de estudio, además se determina la asociación y/o relación que existe entre las variables, Es observacional porque no hay intervención de parte del investigador. Es descriptivo correlacional porque describe las variables y la relación entre ellas. Se consideró a pacientes que asistían al consultorio y sus historias clínicas, considerando a quienes presentaban y a los que no diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera (46).

El diseño de la Investigación Descriptiva - correlacional, se esquematizó de la siguiente forma:



Dónde: M, representa la muestra de estudio constituida por los pacientes de 6 a 12 meses del Hospital El Carmen y OX, representa la observación de los factores de riesgo y OY representa la observación de la displasia del desarrollo de cadera, r representa a la relación y/o asociación entre variables.

4.2. Población

Una población es el conjunto de individuos, que cumplen con las mismas características del fenómeno a estudiar (46).

En la investigación se atendieron a 140 pacientes durante el 2018, de los cuales aplicando se tuvieron 10 casos perdidos debido a datos incompletos del registro de información.

4.3. Muestra

La técnica utilizada para selección de muestra fue la no probabilística por conveniencia, esto refiere a que no hubo elección de paciente por azar, al contrario, nos basamos en los criterios de inclusión y exclusión para considerarlos parte de la investigación (46). Obteniendo al final una muestra conformada por 120 pacientes.

4.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

a) Criterios de Inclusión:

- Pacientes desde 06 meses a 12 meses de edad, nacidos en el Hospital el Carmen durante el período 2018.
- Pacientes de 06 meses a 12 meses diagnosticados de Displasia del Desarrollo de la cadera.

- Pacientes de 06 a 12 meses con datos completos registrados en sus historias clínicas.
- Pacientes de 06 a 12 meses atendidos en el consultorio de Medicina Física y Rehabilitación.

b) Criterios de Exclusión:

- Pacientes menores de 06 meses y mayores de 12 meses de edad.
- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes que presenta otros trastornos neuromusculares (pie bot, pie aducto, pie talo, etc.)
- Madres que se rehúsan la evaluación de los niños de 06 a 12 meses.

4.4. Técnica de Recolección de datos.

4.4.1. Técnica

Las técnicas que se utilizaron fueron la revisión documental de las historias clínicas y la encuesta de todos los niños que acudieron al hospital - consultorio externo de Medicina Física y Rehabilitación, en el periodo del estudio.

4.4.2. Instrumento

4.4.2.1. Historia clínica:

Considerada como un documento legal donde se registra la información personal y datos de evaluación, procedimientos y tratamiento del paciente, constituye parte importante del control sanitario y asistencial para el seguimiento de la enfermedad o padecimiento del paciente.

El cuestionario, que fue diseñado en base a otras investigaciones, herramienta operativa que permitió recoger los datos. Estuvo estructurado en dos partes: introducción, en la que se consignan la presentación y el contenido que consta de 7 preguntas cerradas, de acuerdo con las dimensiones y los indicadores, la recolección de datos se realizó en el consultorio, antes de que se entre a la sesión de terapia física y rehabilitación, previa autorización de los responsables del área.

La confiabilidad del instrumento se utilizó la siguiente fórmula para calcular el coeficiente Alfa de Cronbach:

$$\alpha = \frac{K}{k - 1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Se tomó una muestra piloto de n=30 niños atendidos en dos días en ambos turnos en el consultorio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018; a fin de evaluar su confiabilidad.

Valores para la determinación de la confiabilidad del instrumento

Instrumento	N° ítems (K)	Sumatoria de las varianzas de los ítems ($\sum S_i^2$)	Varianza de la suma de ítems (S_t^2)	Coeficiente alfa de Cronbach (α)
Encuesta	7	5,32	13,55	0, 80

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el coeficiente Alfa de Cronbach hallado en la encuesta es de 0,80 lo que representa que es un instrumento confiable.

4.4.2.2. Encuesta:

La encuesta fue validada mediante el coeficiente de validez de contenido V de AIKEN.

El instrumento que permitió evaluar la encuesta de factores de riesgo relacionadas a la displasia de cadera fue sometido a la validez de juicio de expertos por tres profesionales de la salud:

Juez 1	Mg. Javier Balbín Villaverde	90%
Juez 2	Lic. Juana Dolores Pinche Panduro	90%
Juez 3	Mg. Miguel Ángel Cerrón Siuce	85%

Para hallar el coeficiente de validez de contenido V de Aiken está dado por la siguiente fórmula:

$$V = \frac{S}{n(c - 1)}$$

Donde:

S: Sumatoria de las puntuaciones de cada juez.

n: Número de jueces.

c: Número de valores de la escala de valoración.

En base a las respuestas de los expertos se aplica a la fórmula de Aiken que nos da el valor del coeficiente V para la validez externa de nuestro instrumento. Los datos obtenidos son:

Resultados de la evaluación del juicio de expertos del instrumento con la V de Aiken

N°	Jueces			Acuerdos	Desacuerdos	Coeficiente V	Descriptivo
	1	2	3				
1	A	A	A	7	0	1,00	Válido
2	A	A	A	7	0	1,00	Válido
3	A	A	A	7	0	1,00	Válido
4	A	A	A	7	0	1,00	Válido
5	A	A	A	7	0	1,00	Válido
6	A	A	A	7	0	1,00	Válido
7	A	A	A	7	0	1,00	Válido

Fuente: Elaboración propia.

Se afirma que de acuerdo al valor del coeficiente de contenido V de Aiken obtenido existe un fuerte acuerdo entre los tres expertos en relación a los seis criterios que permite evaluar el instrumento mediante el juicio de expertos. Por lo tanto, el instrumento es válido, ya que muestra una fuerte consistencia y homogeneidad de las apreciaciones de los tres jueces expertos.

4.5. Técnicas estadísticas para el proceso de información:

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 23.0. Las técnicas estadísticas que se utilizaron la estadística descriptiva y la estadística inferencial se utilizó el estadígrafo Odds Ratio, para establecer las asociaciones y/o relaciones entre las variables de estudio. Para el procesamiento de la prueba de hipótesis se utilizó el chi

cuadrado de independencia, que sirve para determinar la relación entre variables, cuanto mayor sea el valor del chi cuadrado menos verosímil es la hipótesis nula.

4.6. Aspectos éticos

Se obtuvo el consentimiento informado de los usuarios participantes y se garantizó resguardar la identidad de los mismos. El estudio tomó en cuenta los principios bioéticos:

- ✓ **Beneficencia:** los participantes fueron abiertamente informados sobre su participación, la cual les permitió darse cuenta de cuánto saben de la Displasia de desarrollo de cadera.
- ✓ **No maleficencia:** no se divulgó las respuestas ni las confidencias brindadas por los usuarios. Asimismo, se actuó evitando cualquier daño físico, mental y/o moral a la persona encuestada y se respetaron las costumbres de los usuarios, aunque hayan sido consideradas como inapropiadas.
- ✓ **Autonomía:** se solicitó el consentimiento informado a los encuestados y se respetó su decisión de participación. Se mantuvo la confiabilidad absoluta de los datos y diagnósticos recibidos (dicha información solo fue manejada por las investigadoras).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Presentación de tablas y gráficos

5.1.1. Características clínicas y factores predisponentes

Tabla 1 Distribución de la muestra y porcentaje según características clínicas y factores

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad del niño		
6- 9 meses	73	60, 8%
9 a 12 meses	47	39, 2%
Género del niño		
Masculino	46	38, 3%
Femenino	74	61, 7%
Antecedentes familiares		
SI	74	61, 7%
NO	46	38, 3%
Presentación podálica		
SI	35	29, 2%
NO	85	70, 8%
Tipo de parto		
Eutócico	82	68, 3%
Distócico	38	31, 7%
Embarazo múltiple		
SI	9	7,5%
NO	111	92,5%
Displasia de cadera		
Con DDC	86	71, 7%
Sin DDC	34	28,3%

Fuente: Elaboración propia / SPSS 25.

La tabla N° 01 muestra que de toda la población en grupo de mayor prevalencia fue el de edades de 6 a 9 meses representado por un 60,8%. El género femenino es el que se presenta más en un 61, 7% mientras que el género masculino tiene un 38, 3%. Con respecto a los antecedentes familiares el 61,7% presenta antecedentes de algún familiar con displasia del desarrollo de cadera, el 70, 8% de los niños no presentaron posición podálica durante el nacimiento. El tipo de parto con mayor prevalencia fue el eutócico representado con un 68,3%. Se encontró un 92, 5% que no tuvo embarazo múltiple. Del total de la población el 71, 7% tiene displasia del desarrollo de cadera.

5.1.2. Edad del niño

Tabla 2: Distribución de la muestra y porcentaje según edad del niño

EDAD DEL NIÑO				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	6 A 9 MESES	73	60,8%	60,8%
	9 A 12 MESES	47	39,2%	100,0%
	Total	120	100,0%	

Fuente: Elaboración propia / Procesamiento de datos SPSS 25.

La tabla N°02 nos muestra la distribución con respecto a la edad de la población, 73 niños tienen de 6 a 9 meses representando un 60,8% del total mientras que el 39,2% representa a 47 niños de 9 a 12 meses. La población está conformada en su mayoría por niños de 6 a 9 meses.

5.1.3. Género del niño

Tabla 3 Distribución de la muestra y porcentaje según género del niño

GÉNERO				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	46	38,3%	38,3%
	FEMENINO	74	61,7%	100,0%
	Total	120	100,0	

Fuente: Elaboración propia / Procesamiento de datos SPSS 25.

La tabla N°03 muestra el género de la población, el género masculino tuvo una frecuencia de 46 niños equivalente a un 38, 3% de la población, el 61,7% de la población es de género femenino con una frecuencia de 74 niños.

5.1.4. Antecedentes familiares

Tabla 4 Distribución de la muestra y porcentaje según antecedentes familiares

ANTECEDENTES				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	SI	74	61,7%	61,7%
	NO	46	38,3%	100,0%
	Total	120	100,0%	

Fuente: Elaboración propia / Procesamiento de datos SPSS 25

La tabla N° 04 muestra la distribución de la muestra según los antecedentes familiares, el 61, 7% si tiene antecedentes familiares con una frecuencia de 74 niños, mientras que 46 niños no tienen antecedentes familiares representado en un 38, 3%.

5.1.5. Presentación podálica

Tabla 5 Distribución de la muestra y porcentaje según presentación podálica

PRESENTACIÓN PODÁLICA				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	SI	35	29,2%	29,2%
	NO	85	70,8%	100,0%
	Total	120	100,0%	

Fuente: Elaboración propia / Procesamiento de datos SPSS 25

La tabla N° 05 muestra la distribución de la muestra según presentación podálica, 30 niños si tuvieron presentación podálica representada en un 29,2%, el mayor porcentaje de la muestra está representada en un 70,8% por 85 niños que no tuvieron presentación podálica.

5.1.6. Tipo de parto

Tabla 6 Distribución de la muestra y porcentaje según tipo de parto

TIPO DE PARTO				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	EUTÓCICO	82	68,3%	68,3%
	DISTÓCICO	38	31,7%	100,0%
	Total	120	100,0%	

Fuente: Elaboración propia / Procesamiento de datos SPSS 25

La tabla N° 06 se muestran las frecuencias y porcentajes según el tipo de parto, 82 niños nacieron por parto eutócico representando el 68,3%, el 31,7% conformado por 38 niños nacieron por el tipo de parto distócico. La muestra está representada por un tipo de parto eutócico en su mayoría.

5.1.7. Embarazo múltiple

Tabla 7 Distribución de la muestra y porcentaje según embarazo múltiple

EMBARAZO MULTIPLE				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	SI	9	7,5%	7,5%
	NO	111	92,5%	100,0%
	Total	120	100,0%	

Fuente: Elaboración propia / Procesamiento de datos SPSS 25

La tabla N° 07 muestra la distribución de la muestra según embarazo múltiple, con una frecuencia de 9 representando un 7,5% del total de la muestra si hubo embarazo múltiple; el 92,5% representa que no hubo embarazo múltiple con una frecuencia de 111 casos.

5.1.8. Displasia del desarrollo de cadera

Tabla 8 Distribución de la muestra y porcentaje según displasia del desarrollo de cadera

DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA DE CADERA				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	CON DDC	86	71,7%	71,7%
	SIN DDC	34	28,3%	100,0%
	Total	120	100,0%	

Fuente: Elaboración propia / Procesamiento de datos SPSS 25

La tabla N° 08 muestra la distribución de la muestra según displasia del desarrollo de cadera, del total de la muestra el 71,7% tiene el diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera con 86 niños, mientras que el 28,3% no tiene diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera.

5.2. Resultados de displasia del desarrollo de cadera según factores.

5.2.1. Displasia del desarrollo de cadera según edad

Tabla 9 Distribución de la muestra de displasia del desarrollo de cadera según edad

		CON DDC		SIN DDC		Total	
		F1	%	F1	%	F1	%
Edad del niño	6 a 9 meses	56	65,1%	17	50,0%	73	60,8%
	9 a 12 meses	30	34,9%	17	50,0%	47	39,2%
Total		86	100,0%	34	100,0%	120	100%

Fuente: Elaboración propia / Procesamiento de datos SPSS 25

Según la tabla N° 9, de 120 niños se tuvo mayor predominio de niños comprendidos en edades de 06 a 09 meses representando un 60,8%, de esta población, los niños diagnosticados con displasia de cadera fueron 56; el grupo de 09 a 12 meses está representado por un 39,2% del total de los cuales 30 niños presentan displasia del desarrollo de cadera.

5.2.2. Displasia del desarrollo de cadera según género.

Tabla 10 Distribución de la muestra según género

		CON DDC		SIN DDC		Total	
		F1	%	F1	%	F1	%
Género del niño	Masculino	17	19,8%	29	85,3%	46	38,3%
	Femenino	69	80,2%	5	14,7%	74	61,7%
Total		86	100,0%	34	100,0%	120	100%

Fuente: Elaboración propia / Procesamiento de datos SPSS 25

La tabla N° 10 muestra la distribución de la muestra con respecto al género, la población del género femenino está representada por un 61,7%, mientras

que la población del género masculino representa un 38,3%, del total de niños evaluados; del total de la población se encontraron 86 niños diagnosticados con displasia del desarrollo de cadera, de los cuales el 80,2% es de género femenino.

5.2.3. Displasia del desarrollo de cadera según antecedentes.

Tabla 11 Distribución de la muestra según antecedentes

		CON DDC		SIN DDC		Total	
		F1	%	F1	%	F1	%
Antecedentes	SI	70	81,4%	4	11,8%	74	61,7%
	NO	16	18,6%	30	88,2%	46	38,3%
Total		86	100,0%	34	100,0%	120	100%

Fuente: Elaboración propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

La tabla N° 11 muestra la distribución de la muestra con respecto a los antecedentes familiares que hayan tenido displasia del desarrollo de cadera el 61,7% presentaron antecedentes y de este total 70 niños presentan diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera representado en un 81,4%. Mientras que el 38,3% no presentó antecedentes de displasia del desarrollo de cadera.

5.2.4. Displasia del desarrollo de cadera según la presentación podálica.

Tabla 12 Distribución de la muestra según la posición podálica al nacer

		CON DDC		SIN DDC		Total	
		F1	%	F1	%	F1	%
Presentación podálica	SI	33	38,4%	2	5,9%	35	29,2%
	NO	53	61,6%	32	94,1%	85	70,8%
Total		86	100,0%	34	100,0%	120	100%

Fuente: Elaboración propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

La tabla N° 12 muestra la distribución de la muestra con respecto a la posición podálica al nacer, el 70,8% no presenta presentación podálica al nacer, y solo el 29, 2% tuvo presentación podálica al nacer, de esta población 33 niños tuvieron displasia del desarrollo de cadera representando un 38, 4%.

5.2.5. Displasia del desarrollo de cadera según el tipo de parto.

Tabla 13 Distribución de la muestra según el tipo de parto

		CON DDC		SIN DDC		Total	
		F1	%	F1	%	F1	%
Tipo de parto	Eutócico	74	86,0%	8	23,5%	82	68,3%
	Distócico	12	14,0%	26	76,5%	38	31,7%
Total		86	100,0%	34	100,0%	120	100%

Fuente: Elaboración propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

La tabla N° 13 muestra la distribución de niños con displasia del desarrollo de cadera con respecto al tipo de parto, el 68,3% de la población tuvo un parto eutócico y el 31,7% tuvo un parto distócico; con respecto a la población con displasia del desarrollo de cadera el 86,0% nació por parto eutócico,

mientras que el 76,5% no tiene displasia del desarrollo de cadera y nació por parto distócico.

5.2.6. Displasia del desarrollo de cadera según embarazo múltiple.

Tabla 14 Distribución de la muestra según el número de hijo afectado

		CON DDC		SIN DDC		Total	
		F1	%	F1	%	F1	%
Embarazo múltiple	SI	9	10,5%	0	0%	9	7,5%
	NO	77	89,5%	34	100%	111	92,5%
Total		86	100,0%	34	100,0%	120	100%

Fuente: Elaboración propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

La tabla N° 14 muestra la distribución de niños con displasia del desarrollo de cadera con respecto al embarazo múltiple, el 92, 5% no presentó embarazo múltiple representado por 111 madres, solo el 7, 5% presento embarazo múltiple; con respecto a la población con displasia del desarrollo de cadera, el 89,5% tiene displasia del desarrollo de cadera y no hubo embarazo múltiple.

5.3 Análisis Inferencial:

Displasia de cadera y factores de riesgo.

Se analizaron los estadísticos para establecer el valor OR, y su interpretación es:

Si el resultado de Odds Ratio es mayor a 1 la asociación es positiva, es decir que la presencia del factor se asocia a la mayor ocurrencia del evento. Se le considera un factor de riesgo.

Si el resultado de Odds Ratio es menor a 1 la asociación es negativa, es decir que la presencia del factor no se asocia con la mayor ocurrencia del evento. Se le considera un factor de protección.

Si el resultado de Odds Ratio es igual a 1 no hay asociación entre variables, es decir que la cantidad de veces que el evento ocurra va a ser igual con o sin la presencia del factor, la relación es 1:1.

5.3.1. Prueba de la Hipótesis General

Existe una relación directa y significativa entre los factores de riesgo y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen.

- **Ho:** No existen factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen.
- **Ha:** Si existen factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Chi-cuadrado / Odds Ratio

Tabla 15 Prueba de Chi-Cuadrado y Odds Ratio

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,618 ^a	1	0,000
OR	22,6 (I.C.95% 2,604 – 186,635)		

Fuente: Elaboración Propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

Decisión y conclusión:

En la tabla N° 15 se observa que el valor de $X^2= 13,618$ con un gl de 1 y el p valor calculado de $p= 0,000$ es menor al nivel de significancia $\alpha = 0,05$, podemos concluir que a un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; es decir existen factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen. Se demostró que son factores de riesgo la edad, antecedente familiar, presentación podálica, tipo de parto y embarazo múltiple afectado con un OR de 22,6 (I.C.95% 2,604 – 186,635).

5.3.2. Prueba de hipótesis específico 01

- a) Existe una relación directa y significativa entre la edad y la displasia del desarrollo en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ho: No existe una relación directa y significativa entre la edad y la displasia del desarrollo en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ha: **Si** existe una relación directa y significativa entre la edad y la displasia del desarrollo en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba de Chi-Cuadrado / Odds Ratio

Tabla 16 Prueba de Chi-Cuadrado / OR

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,259 ^a	1	0,000
OR	1,867 (I.C.95% 0,834 – 4,177)		

Fuente: Elaboración Propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

Decisión y conclusión:

En la tabla N° 9 se observa que el valor de $X^2= 44,259$ con un gl de 1 y un $p = 0,000$, el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **si** existe una relación directa y significativa entre la edad y la displasia del desarrollo en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Con respecto al OR se obtuvo un valor de 1,867 por lo que cual se evidencia asociación positiva es decir se considera como presencia de riesgo entre la edad y la displasia del desarrollo de cadera.

5.3.3. Prueba de hipótesis específico 02

a) Existe una relación directa y significativa entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ho: **No** existe una relación directa y significativa entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ha: **Si** existe una relación directa y significativa entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba de Chi-Cuadrado / Odds Ratio

Tabla 17 Prueba de Chi-Cuadrado / OR

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,337 ^a	1	0,126
OR	0,042 (I.C.95% 0,014 – 0,126)		

Fuente: Elaboración Propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

Decisión y conclusión:

En la tabla N° 10 se observa que el valor de $X^2= 2,337$ con un gl de 1 se observa que el nivel de significancia es de $p=0,126$ el cual es mayor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se acepta la hipótesis

nula y se rechaza la alterna, es decir: **No** existe una relación directa y significativa entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Con respecto al OR se obtuvo un valor de 0,042 lo que significa que el género es un factor protector para la displasia del desarrollo de cadera, se nota con preponderancia en el género masculino como factor protector de la displasia del desarrollo de cadera.

5.3.4. Prueba de hipótesis específico 03

- a. Existe una relación directa y significativa entre los antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ho: **No** existe una relación directa y significativa entre los antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ha: **Si** existe una relación directa y significativa entre los antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba de Chi-Cuadrado / Odds Ratio

Tabla 18 Prueba de Chi-Cuadrado / OR

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,977 ^a	1	0,000
OR	32,813 (I.C.95% 10,121 – 106,376)		

Fuente: Elaboración Propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

Decisión y conclusión:

En la tabla N° 11 se observa que el valor de $X^2= 49,977$ con un gl de 1 y un $p= 0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **SI** existe una relación directa y significativa entre los antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. . En relación al OR se obtuvo un valor de 32,813 lo que significa que se considera un factor de riesgo a los antecedentes familiares con respecto a la displasia del desarrollo de cadera.

5.3.5. Prueba de hipótesis específico 04

- a) Existe una relación directa y significativa entre la presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ho: **No** existe una relación directa y significativa entre la presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses

en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ha: **Si** existe una relación directa y significativa entre la presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba de Chi-Cuadrado / Odds Ratio

Tabla 19 Prueba de Chi-Cuadrado / OR

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,450 ^a	1	0,000
OR	9,962 (I.C.95% 2,238 – 44,345)		

Fuente: Elaboración Propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

Decisión y conclusión:

En la tabla N° 12 se observa que el valor de $X^2= 12,450$ con un gl de 1 y un $p= 0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **Si** existe una relación directa y significativa entre la presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. En la prueba de Odds Ratio se encuentra un valor de 9,962 por lo que la posición al nacer es un factor de riesgo en relación a la displasia del desarrollo de cadera.

5.3.6. Prueba de hipótesis específico 05

a) Existe una relación directa y significativa entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ho: **No** existe una relación directa y significativa entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ha: **Si** existe una relación directa y significativa entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba de Chi-Cuadrado / Odds Ratio

Tabla 20 Prueba de Chi-Cuadrado / OR

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,011 ^a	1	0,000
OR	20,042 (I.C.95% 7,373 – 54,478)		

Fuente: Elaboración Propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

Decisión y conclusión:

En la tabla N° 13 se observa que el valor de $X^2= 44,011$ con un gl de 1 y un $p= 0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **Si**

Existe una relación directa y significativa entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. El Odds Ratio obtuvo un valor de 20,042 lo que nos muestra que el tipo de parto es un factor de riesgo para la displasia de cadera. En específico hablamos del tipo de parto eutócico como factor de riesgo de la displasia del desarrollo de cadera.

5.3.7. Prueba de hipótesis específico 06

- a) Existe una relación directa y significativa entre el embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ho: **No** existe una relación directa y significativa entre el embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Ha: **Si** existe una relación directa y significativa entre el embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba de Chi-Cuadrado / Odds Ratio

Tabla 21 Prueba de Chi-Cuadrado / OR

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,847 ^a	1	0,005
OR	1,442 (I.C.95% 1,274 – 1,631)		

Fuente: Elaboración Propia/ Procesamiento de datos SPSS 25

Decisión y conclusión:

En la tabla N° 14 se observa que el valor de $X^2= 3,847$ con un gl de 1 y un $p= 0,005$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **SI** existe una relación directa y significativa entre el embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según el valor del OR = 1,442 se le considera como un factor de riesgo al embarazo múltiple con respecto a la displasia del desarrollo de cadera.

DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se evaluó los factores predisponentes de Displasia de Desarrollo de Cadera en niños y niñas de 06 meses a 12 meses de edad que acudieron a consultorio externo del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital El Carmen, siendo los factores estudiados: la edad, el género, antecedentes familiares, presentación podálica, tipo de parto y embarazo múltiple. En relación al objetivo general: Determinar los factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según la tabla N° 01 muestra que de toda la población en grupo de mayor prevalencia fue el de edades de 6 a 9 meses representado por un 60,8%. El género femenino es el que se presenta más en un 61,7% mientras que el género masculino tiene un 38,3%. Con respecto a los antecedentes familiares el 61,7% presenta antecedentes de algún familiar con displasia del desarrollo de cadera, el 70,8% de los niños no presentaron posición podálica durante el nacimiento. El tipo de parto con mayor prevalencia fue el eutócico representado con un 68,3%. Se encontró un 92,5% que no tuvo embarazo múltiple. Del total de la población el 71,7% tiene displasia del desarrollo de cadera. En relación al trabajo de investigación presentado por **Telmo, I** (10) que concluyó que los antecedentes familiares y la posición podálica se consideran factores de riesgo, en comparación con los resultados del estudio se relaciona. Además según los resultados a nivel inferencial se tiene en la tabla N° 15 se observa que el valor de $X^2= 13,618$ con un gl de 1 y el p valor calculado de $p= 0,000$ es menor al nivel de significancia $\alpha = 0,05$, podemos concluir que a un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; es decir existen factores de riesgo

relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen. Se demostró que son factores de riesgo la edad, antecedente familiar, presentación podálica, tipo de parto y embarazo múltiple afectado con un OR de 22,6 (I.C.95% 2,604 – 186,635).

En relación al objetivo específico 01: Identificar la relación entre la edad y la displasia del desarrollo en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. En los valores de la estadística inferencial son: OR= 4,84 (IC 95% 2,13-10.13) p= 0,000; sexo femenino OR= 1,01 (IC 95% 0,58-1,69) p= 0,98; tipo de gestación primípara: OR= 1,59 (IC95% 0,99-2,59) p=0,059 y presentación podálica OR= 3,64 (IC 95% 1,04-12,72) p= 0,03. La investigación concluye en que los antecedentes familiares y la presentación podálica se relacionan positivamente como factores de riesgo en contraste con nuestra investigación los resultados son similares, además según los resultados a nivel inferencial se tiene en la tabla N° 9 se observa que el valor de $X^2= 44,259$ con un gl de 1 y un $p = 0,000$, el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: si existe relación directa y significativa entre displasia del desarrollo de cadera y edad en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Con respecto al OR se obtuvo un valor de 1,867 por lo que cual se evidencia asociación positiva es decir se considera como presencia de riesgo entre la edad y la displasia del desarrollo de cadera, el marco teórico establece que el desarrollo normal de la cadera tiene fases en la edad, pero si esto no es tratado a tiempo se corre más riesgo de deformidades, es por ello que la edad se asocia de manera positiva con la displasia del desarrollo de cadera.

En relación al objetivo específico 02: Identificar la relación entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018.

Según la tabla N° 10 muestra la distribución de la muestra con respecto al género, la población del género femenino está representada por un 61,7%, mientras que la población del género masculino representa un 38,3%, del total de niños evaluados; del total de la población se encontraron 86 niños diagnosticados con displasia del desarrollo de cadera, de los cuales el 80,2% es de género femenino. En relación al trabajo de investigación presentado por **Encarnación, J.** (12) nos dice que el sexo predominante es el femenino y la edad de diagnóstico se relaciona con el inicio de la marcha en comparación con los resultados del estudio se establece semejanzas ya que a nivel inferencial se tiene en la tabla N° 10 se observa que el valor de $X^2=2,337$ con un gl de 1 se observa que el nivel de significancia es de $p=0,126$ el cual es mayor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna, es decir: **No** existe relación significativa entre displasia del desarrollo de cadera y género en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Con respecto al OR se obtuvo un valor de 0,042 lo que significa que el género es un factor protector para la displasia del desarrollo de cadera, se nota con preponderancia en el género masculino como factor protector de la displasia del desarrollo de cadera.

En relación al objetivo específico 03: Identificar la relación entre los antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según la tabla N° 11 muestra la distribución de la muestra con respecto a los antecedentes familiares que hayan tenido displasia del desarrollo de cadera el 61,7% presentaron antecedentes y de este total 70 niños presentan diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera representado en un 81,4%.

Mientras que el 38, 3% no presento antecedentes de displasia del desarrollo de cadera. En relación al trabajo de investigación presentado por **Cullanco, J; Nuñez, J.** (17) nos muestran la asociación positiva con los antecedentes familiares, presentación podálica, en relación a nuestra investigación debido a que es la misma población de estudio se establecieron los mismos factores de riesgo pero no se coincide en el sexo ya que nosotros encontramos que el sexo masculino es un factor protector y en este antecedente no hallan relación significativa ni riesgo con respecto a la edad ni sexo pero si antecedentes familiares, según los resultados a nivel inferencial en la tabla N° 11 se observa que el valor de $X^2= 49,977$ con un gl de 1 y un $p= 0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **SI** existe relación directa y significativa entre displasia del desarrollo de cadera y los antecedentes familiares en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. En relación al OR se obtuvo un valor de 32,813 lo que significa que se considera un factor de riesgo a los antecedentes familiares con respecto a la displasia del desarrollo de cadera.

En relación al objetivo específico 04: Identificar la relación entre la presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según la tabla N° 12 muestra la distribución de la muestra con respecto a la posición podálica al nacer, el 70,8% no presenta presentación podálica al nacer, y solo el 29, 2% tuvo presentación podálica al nacer, de esta población 33 niños tuvieron displasia del desarrollo de cadera representando un 38, 4%. En relación a los trabajos de investigación presentados por **Rafael, L.** (14) nos dice que el valor de precisión diagnostico con un factor de riesgo es de 62, 5 %

seguido por un valor de precisión diagnóstica sin factores de riesgo fue de un 57,1%. Es así que nuestra investigación aporta al marco teórico guardando relación con estos autores, además según los resultados a nivel inferencial en la tabla N° 12 se observa que el valor de $X^2 = 12,450$ con un gl de 1 y un $p = 0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **Si** existe relación significativa y directa entre displasia del desarrollo de cadera y presentación podálica en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. En la prueba de Odds Ratio se encuentra un valor de 9,962 por lo que la posición al nacer es un factor de riesgo en relación a la displasia del desarrollo de cadera.

En relación al objetivo específico 05: Identificar la relación entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según la tabla N° 13 muestra la distribución de niños con displasia del desarrollo de cadera con respecto al tipo de parto, el 68,3% de la población tuvo un parto eutócico y el 31,7% tuvo un parto distócico; con respecto a la población con displasia del desarrollo de cadera el 86,0% nació por parto eutócico, mientras que el 76,5% no tiene displasia del desarrollo de cadera y nació por parto distócico. En relación al trabajo de investigación presentado por **Caballero, M.** (15) quien afirma que los antecedentes familiares, género femenino, primera gestación, y Oligohidramnios son factores de riesgo mientras que la presentación fetal podálica, el embarazo múltiple no se comportaron como factores predisponentes. En comparación con los resultados del estudio guardan relación con lo mencionado con estos autores a excepción de la posición podálica que nosotros sí

consideramos un factor de riesgo, además según los resultados a nivel inferencial en la tabla N° 13 se observa que el valor de $X^2= 44,011$ con un gl de 1 y un $p= 0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir: **Si** existe relación significativa y directa entre displasia del desarrollo de cadera y edad en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. El Odds Ratio obtuvo un valor de 20, 042 lo que nos muestra que el tipo de parto es un factor de riesgo para la displasia de cadera. En específico hablamos del tipo de parto eutócico como factor de riesgo de la displasia del desarrollo de cadera.

En relación al objetivo específico 06: Identificar la relación entre el embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según la tabla N° 14 muestra la distribución de niños con displasia del desarrollo de cadera con respecto al embarazo múltiple, el 92, 5% no presento embarazo múltiple representado por 111 madres, solo el 7, 5% presento embarazo múltiple; con respecto a la población con displasia del desarrollo de cadera, el 89,5% tiene displasia del desarrollo de cadera y no hubo embarazo múltiple. En relación al trabajo de investigación presentado por **Onton, B.** (16) quien concluye que el sexo femenino, la presentación podálica, oligohidramnios, primípara y bajo peso al nacer se consideran factores de riesgo. En comparación con los resultados del estudio guardan relación con respecto al sexo femenino, presentación podálica, además según los resultados a nivel inferencial en la tabla N° 14 se observa que el valor de $X^2= 3,847$ con un gl de 1 y un $p= 0,005$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis

nula y se acepta la alterna, es decir: **SI** existe relación significativa y directa entre displasia del desarrollo de cadera y edad en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según el valor del OR = 1,442 se le considera como un factor de riesgo al embarazo múltiple con respecto a la displasia del desarrollo de cadera.

En resumen, podemos decir que con el estudio de Telmo (10) se coincide en que la población femenina tiene mayor prevalencia de displasia del desarrollo de cadera y los antecedentes son un factor de riesgo, con respecto a la posición al nacer, nuestro estudio coincide que existe una relación en que la presentación podálica es un factor de riesgo; en el estudio de Saeteros los resultados guardan relación con los de Telmo, esto puede deberse a que ambos estudios fueron realizados en el mismo hospital.

En comparación con los resultados de Encarnación (12), que también demuestran la prevalencia del género femenino con respecto al género masculino, quien acota que la mayoría de pacientes no recibieron tratamiento ya que no pasaron consulta externa, en relación a nuestra investigación guarda relación con la edad en que los niños son diagnosticados pero muy pocos tratados de 06 – 09 meses.

A nivel nacional los resultados de Caballero (15) y Onton (16), muestran la prevalencia de displasia del desarrollo de cadera en mujeres, con relación a la primera gestación y a los antecedentes familiares, estos datos concuerdan con nuestra investigación ya que la población fue similar, Caballero considerar que no existe relación entre la posición podálica ni el embarazo múltiple lo que según nuestra investigación no muestra concordancia, esto puede deberse a los pocos casos reportados en ambos factores ya que con respecto a los resultados de Onton, Telmo (10), Cullano (17) y Urtecho (13) se coincide en que la presentación podálica

si es un factor de riesgo relacionado a la displasia del desarrollo de cadera y en nuestra población estudiada se presenta las mismas conclusiones.

Con respecto a la investigación realizada por Rafael (14), nos dice que se encuentra un 62, 5% que tienen riesgo cuando no tienen precisión diagnóstica con respecto a la displasia del desarrollo de cadera, esto aumenta los riesgos de esta población y ocasiona mayor demora en el tiempo de tratamiento de los pacientes.

Finalmente en la investigación realizada por Cullano (17) en nuestra región, se obtuvo que los antecedentes familiares, presentación podálica son factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera respaldando los resultados de nuestra investigación; con respecto al embarazo múltiple no consideran que sea un factor de riesgo y en cuanto al género lo relaciona como un factor de riesgo el género femenino que con nuestra investigación se obtiene datos de que el género masculino es un factor protector para la displasia del desarrollo de cadera, encontrándose en ambas poblaciones mayor reporte de población femenina con diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera.

Es así como se demuestra que nuestra investigación guarda relación con los resultados encontrados en investigaciones a nivel nacional e internacional, que demuestran que la presentación podálica, antecedentes familiares si son factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera.

CONCLUSIONES

En conclusión:

- Se determinó los factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según la tabla N° 01 se muestra que de toda la población en grupo de mayor prevalencia fue el de edades de 6 a 9 meses representado por un 60,8%. El género femenino es el que se presenta más en un 61, 7% mientras que el género masculino tiene un 38, 3%. Con respecto a los antecedentes familiares el 61,7% presenta antecedentes de algún familiar con displasia del desarrollo de cadera, el 70, 8% de los niños no presentaron posición podálica durante el nacimiento. El tipo de parto con mayor prevalencia fue el eutócico representado con un 68,3%. Se encontró un 92, 5% que no tuvo embarazo múltiple. Del total de la población el 71, 7% tiene displasia del desarrollo de cadera. Además según los resultados a nivel inferencial se tiene En la tabla N° 15 se observa que el valor de $X^2= 13,618$ con un gl de 1 y el p valor calculado de $p= 0, 000$ es menor al nivel de significancia $\alpha = 0,05$, podemos concluir que a un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; es decir existen factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses.
- Se determinó la relación entre la edad y la displasia del desarrollo en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según los resultados con respecto a la edad del niño se tuvo mayor predominio de niños comprendidos

en edades de 06 a 09 meses representando un 60,8%, de esta población, los niños diagnosticados con displasia de cadera fueron 56; el grupo de 09 a 12 meses está representado por un 39,2% del total de los cuales 30 niños presentan displasia del desarrollo de cadera; se obtuvo un OR = 1, 867 (IC 95% 0,834- 4,177), $X^2= 44,259$ y un $p= 0, 000$. Siendo la relación significativa y directa.

- Se determinó la relación entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Con respecto al género, la población del género femenino está representada por un 61,7%, mientras que la población del género masculino representa un 38,3%, del total de niños evaluados; del total de la población se encontraron 86 niños diagnosticados con displasia del desarrollo de cadera, de los cuales el 80,2% es de género femenino; se demostró se considera como factor protector el género masculino con un OR= 0,042 (IC 95% 0,834- 4,177), $X^2= 44,259$ y un $p= 0, 000$. Determinándose que no existe relación significativa.
- Se determinó la relación entre los antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según los antecedentes, el 61,7% presentaron antecedentes familiares y de este total 70 niños presentan diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera representado en un 81, 4%. Mientras que el 38, 3% no presento antecedentes de displasia del desarrollo de cadera; con respecto a los antecedentes familiares OR= 32, 813 (IC 95% 10,121- 106, 376), $X^2= 49,977$ y un $p= 0, 000$. Siendo la relación significativa y directa.

- Se determinó la relación entre la presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según la presentación podálica el 70,8% no presenta presentación podálica al nacer, y solo el 29, 2% tuvo presentación podálica al nacer, de esta población 33 niños tuvieron displasia del desarrollo de cadera representando un 38, 4%; se obtuvo un OR= 9, 962 (IC 95% 2,238- 44,345), $X^2= 12,450$ y un $p= 0, 000$. Siendo la relación significativa y directa.
- Se determinó la relación entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según el tipo de parto, el 68,3% de la población tuvo un parto eutócico y el 31,7% tuvo un parto distócico; con respecto a la población con displasia del desarrollo de cadera el 86,0% nació por parto eutócico, mientras que el 76,5% no tiene displasia del desarrollo de cadera y nació por parto distócico; se obtuvo un OR= 20, 042 (IC 95% 7, 373- 54, 478), $X^2= 44,011$ y un $p= 0, 000$. Siendo la relación significativa y directa.
- Se determinó la relación entre el embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen en el periodo de junio a julio del año 2018. Según embarazo múltiple, el 92, 5% no presento embarazo múltiple representado por 111 madres, solo el 7, 5% presento embarazo múltiple; con respecto a la población con displasia del desarrollo de cadera, el 89,5% tiene displasia del desarrollo de cadera y no hubo embarazo múltiple; se obtuvo

un OR= 1,442 (IC 95% 1,274- 1,631), $X^2= 3,847$ y un $p= 0, 005$. Siendo la relación significativa y directa.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la institución realizar campañas de promoción y prevención de despistaje de displasia de desarrollo de cadera. Ya que algunos de estos factores se pueden prevenir con una adecuada consulta y seguimiento del embarazo, por lo que la primera de nuestras recomendaciones es para la población en general debe de tener en cuenta los cuidados prenatales, natales y posnatales.
- La edad del niño es fundamental para poder tratar la DDC, por tanto se recomienda a las instituciones favorecer el diagnóstico temprano ya que la mayoría de casos son reportados entre los 6 a 9 meses, a la vez se recomienda a los padres de familia no descuidarse de los chequeos constantes durante el primer año de vida.
- Se recomienda a los profesionales de salud realizar el descarte de displasia de cadera con más énfasis en el sexo femenino ya que es más predominante que presenten patologías de desarrollo de cadera.
- Se recomienda a los profesionales de salud considerar en la anamnesis los antecedentes familiares del niño y a las madres acudir al establecimiento de salud para un descarte de displasia de cadera a los niños si en caso se presentó un antecedente familiar para el diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Se recomienda a los profesionales de salud implicados en el cuidado y control del embarazo incentivar a las madres a realizarse las ecografías prenatales para identificar la posición del bebe y evitar riesgo en el parto, así como alteraciones del desarrollo de estructuras como la cadera.

- Se recomienda a las madres de familia acudir a sus sesiones de profilaxis para evitar complicaciones durante el parto, así mismo a los profesionales de salud informar de las posibles complicaciones.
- El embarazo múltiple disminuye los movimientos intrauterinos del bebe, así como un nacimiento prematuro, se recomienda a las madres y profesionales que tengan a su cuidado este tipo de embarazos, poner especial cuidado prenatal y natal para evitar complicaciones durante el desarrollo de los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montes LE, Menchaca R, Valles AM, et al. Displasia del desarrollo de cadera: conocimientos en médicos pediatras. Acta Ortopédica Mexicana. 2009 Ene-Feb;23(1): 22-25.
2. Claro JC, Mora FG, Mejía C, et al. Epidemiología de la displasia del desarrollo de cadera. Rev Esp Méd Quir. 2017 Ene;22(1):22-27.
3. Pérez LM, Mesa A, Calzado R, et al. Displasia del desarrollo de cadera en la atención primaria. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2003;17(1-2):73-8.
4. Sarmiento N, González E, Vasquez JL, et al. Riesgo de displasia del desarrollo de cadera en pacientes sometidos a versión cefálica externa. An Pediatr 2018;88(3):136-139.
5. Gonzales De Prada EM. Displasia del desarrollo de la cadera. Educación médica continúa. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría (internet) 2011; 50 (1): 57 – 64. (Consultado 17 de Abril del 2018) Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v50n1/a14.pdf>
6. Cadima MA, Peláez C. Detección de Displasia de Cadera en lactantes menores a 6 meses en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Tiquipaya, incidencia y factores de riesgo. Gaceta Médica Boliviana (internet) dic. 2013 v.36 n.2 Cochabamba (consultado 17 de Abril del 2018) Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v36n2/v36n2a3.pdf>
7. Vidal CA, Sosa J .Factores predisponentes para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica (internet) Vol. 15, Núm. 1 Enero-Junio 2013 pp. 6-8 (consultado 17 de Abril del 2018)

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2013/op131b.pdf>

8. Armijos LR. Enfermedad del desarrollo de la cadera en los pacientes atendidos en el Hospital Julius Doepfner de Zamora Chinchipe en el periodo enero 2005- enero 2011 (tesis de pos grado). Universidad Nacional de Loja: 2012.
9. Cuenca MJ, Gordillo PA. Prevalencia de displasia de cadera en desarrollos diagnosticados por radiología convencional en niños y niñas de 9 a 12 meses del Hospital Castanier cresco. Azogues, enero – diciembre 2013
10. Quispe R. Displasia de cadera afecta a cinco niños de cada 100 bebés en Arequipa. [Internet]. Arequipa: La Republica; 13 de abril de 2015 [consultado el 16 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://larepublica.pe/archivo/869628-displasia-de-caderas-afecta-a-cinco-de-cada-cien-bebes-en-arequipa>.
- Rabanal DL, Describir los factores de riesgo que inciden en la displasia de desarrollo de cadera en Pacientes pediátricos de 0 a 12 meses de edad atendidos en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HRDMI- El Carmen, 2015 – 2017 (tesis de pos grado). Universidad Peruana Los Andes.
11. Coleman SS. Developmental dislocation of the hip. Evolutionary changes in diagnosis and treatment. *J Pediatr Orthop* 1994;14:1-2.
12. El Jashi R, et al. La asociación entre el género y la prevalencia familiar de displasia de cadera en pacientes daneses. *Hip Int* 2017;27(3):299- 304.
13. Telmo I. Factores de riesgo para displasia del desarrollo de cadera en niños de 0 a 12 meses en el Hospital Vicente Corral Moscos en el periodo de enero a Junio del 2013 (tesis de pregrado).

14. Saeteros XE. Factores de riesgo para displasia de la cadera en desarrollo en niños de 0 a 12 meses del hospital Vicente corral moscoso -enero-junio del 2013, Perú. [Internet]; 2013 [acceso 17 de Abril del 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5226/1/MEDP44pdf>
15. Encarnación JL. Incidencia y tratamiento quirúrgico de luxación congénita de caderas en niños y niñas menores de 4 años atendidos en la consulta externa del Hospital Isidro Ayora de Loja en el año 2010
16. Rafael, L. Precisión diagnóstica del examen físico y de factores de riesgo en el diagnóstico de displasia del desarrollo de cadera en infantes menores de un año. Universidad Nacional de Trujillo. 2016
17. Caballero MM. Prevalencia y factores predisponentes de displasia del desarrollo de cadera en lactantes menores de 12 meses evaluados en el servicio de consulta externa de Traumatología Pediátrica del hospital de ventanilla, enero- diciembre del año 2014. Lima – Perú.
18. 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 2010 – 2014. Perú. [Internet]; 2015 [acceso 17 de Abril del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/311>
19. Jara J. Factores relacionados con displasia de caderas en niños y niñas de 2 a 24 meses. Juliaca, enero de 2014 – abril del 2015. Revista Científica Investigación Andina. 2016; 16(1):165- 180.
20. Rabanal DL. Factores de riesgo que inciden en la displasia del desarrollo de cadera en pacientes pediátricos de 0 a 12 meses de edad atendidos en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Materno

- Infantil “El Carmen” – Huancayo, durante el periodo de 2015- 2017 (tesis pregrado). Universidad Peruana Los Andes.2018.
21. Cullanco J, Nuñez J. Factores de riesgo y displasia de cadera en lactantes menores de 12 meses del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo, enero – diciembre del año 2017 (Tesis pregrado). Universidad Nacional del Perú. 2018.
22. Murillo M, Zegarra H, Castellon J. Displasia de cadera en desarrollo. Rev. Pacea. Med. Fam. 2008; 5(8): 88 – 91. Disponible en <http://www2.unicen.edu.bo/ofyk/wp-content/uploads/2012/08/6-DISPLASIA-DE-CADERA.pdf>
23. Siquirres M. Revista Médica de costa rica y Centroamérica xv (588) 155159; 2009 displasia evolutiva de cadera (dec).
24. Ministerio de salud. Guía Clínica displasia luxante de cadera: diagnóstico y tratamiento precoz. Santiago: Minsal, 2010. (consultado el 12 de octubre) Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a06ef2ae04001011f01678a.pdf>
25. 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. Disponible en: www.insn.gob.pe/transparencia/sites/default/files/RD%20218-2012.pdf
26. P. Wicart, C Admnsbaum, R Seringe. Luxación Congénita de cadera. Volumen 47, nº4. Diciembre 2014.
27. L. Moraleda, J. Albinana, M. Salcedo y G. Gonzalez-Moran. Displasia del desarrollo de la cadera. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. (Internet) 2013; 57(1): 67-77 (Consultado el 13 de octubre)

Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90186875&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=129&ty=107&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=129v57n01a90186875pdf001.pdf

28. Sánchez J. Cribado de la displasia evolutiva de cadera. En recomendaciones previnfad / PAPP. Actualizado octubre de 2006. Disponible en :
<http://www.aepap.org/previnfad/cadera.htm>
29. Hundt de M. y col, Risk factor for development Dysplasia of the hip: a meta-analysis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2012; 165(1): 8-17. Disponible:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22824571
30. Ying GY et al. Una investigación familiar y factores de riesgo. El análisis de la displasia congénita de cadera. PubMed – Medline. 2007 Feb; 24 (1):84-7. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17285552>
31. Delgadillo M, Macías A, Hernández R. Desarrollo displásico de cadera. Rev Mex Pediatr 2006;73(1):26-32. Diponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediatr/sp-2006/sp061g.pdf>
32. Lehmann H P, Hinton R, Morello P, Santoli J and the Committee on Quality Improvement, and Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Developmental Dysplasia of the Hip Practice Guideline: Technical Report. 2000; 105: e57. Disponible en:
http://www.aepap.org/sites/default/files/luxacion_congenita_cadera_avc15.pdf

33. Alcalde A, Cassis N, Castro S. Manejo de la displasia del desarrollo de la cadera en el período ambulatorio. Rev Mex Ortop Traum. 2000; 14(5): 1-5. 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2000/or005c.pdf>
34. Aoun C, Aoun R, Drs. Metodología para el diagnóstico precoz de la displasia del desarrollo de la cadera. Gac Méd. 2009; 117(1): 18-26. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v117n1/art05.pdf>
35. Vidal C, Sosa J. Factores predisponentes para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. Rev. Mex. Ort. Ped. 2013; 15(1): 6-8. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatrica/op-2013/op131b.pdf>
36. De Pellegrin M, Moharamzadeh D. Developmental displasia of the hip in twins: the importance of mechanical factors in the etiology of DDH. J Pediatr Orthop. 2010;30(8):774-8. Disponible en: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/742/resources.html>
37. Benavides J, Figueroa L. Revisión de conceptos actuales: Displasia de la cadera en desarrollo. Rev Col Or Tra 2012; 26(1): 50-60. Disponible: <http://www.sccot.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/03-2012-displasiadelacadera.pdf>
38. Floristán E, Metatarso aducto congénitos. REDUCA. 2012;4(4):70-81. Último acceso: septiembre 2013. Disponible en <http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/956/974>
39. Tapia T. Diagnostico precoz y prevención de la displasia de la cadera

- en desarrollo. Traumatología. Hospital Vicente Corral Moscoso.
40. Guia de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento oportuno de la displasia del desarrollo de la cadera. Disponible en:<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/091GRR.pdf>
 41. R. Vialle, C. Thevenin-Lemoine, A. Rogier, A. Badina. Detección y tratamiento de las anomalías ortopédicas congénitas. Volumen 47, nº2 –junio 2012. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1245-1789\(12\)61938-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1245-1789(12)61938-6).
 42. Lozano, D. Principios de epidemiología. Bogotá: CEJA centro editorial Javeriano. Noviembre de 2001. ISBN: 958-683-426-3.
 43. Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de Salud – Factores de Riesgo [Internet]. 2017 [acceso 25 de Enero del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
 44. Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de Salud – Sexo [Internet]. 2017 [acceso 25 de Enero del 2018]. Disponible en: http://sexosaludyenfermeria.blogspot.pe/p/definiciones-de-la-oms_22.html
 45. Botella J, Clavero JA. Tratado de ginecología, Ed. Diaz de santo S.A.,ed. 14Madrid, 1993.
 46. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. Quinta ed. s. a de C.V , editor. México: Interamericana; 2010.

ANEXOS

Anexo 1 Matriz de consistencia

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, 2018

<p>Problema General ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018?</p> <p>Problemas Específicos a)¿Cuál es la relación entre la edad y la displasia del desarrollo en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018? b)¿Cuál es la relación entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018? c)¿Cuál es la relación entre antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera y</p>	<p>Objetivo General: Determinar los factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños y niñas de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen, 2018</p> <p>Objetivos Específicos: a) Identificar la relación entre edad y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018. B) Identificar la relación entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018. c) Identificar la relación entre antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno</p>	<p>Hipótesis Hipótesis general: Existen factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen, 2018. Hipótesis específicas: a)Existe relación directa y significativa entre edad y la displasia del desarrollo de cadera y en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018. b) Existe relación directa y significativa entre género y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018. c)Existe relación directa y significativa entre antecedentes familiares y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses</p>	<p>VARIABLES</p> <p>Variable de estudio</p> <p>Variable 01 Factores de riesgo</p> <p>Variable 02 Displasia del desarrollo de cadera.</p>	<p>TIPO: Básica</p> <p>DISEÑO: No experimental, observacional, descriptivo correlacional</p> <p>ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN cuantitativo</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA Población: N= 140</p>
---	---	--	--	--

<p>en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018?</p> <p>d)¿Cuál es la relación entre presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera y presentación podálica en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018?</p> <p>e)¿Cuál es la relación entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera y el tipo de parto en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018?</p> <p>f)¿Cuál es la relación entre embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018?</p>	<p>Infantil - El Carmen, 2018.</p> <p>d) Identificar la relación entre la presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018.</p> <p>e) Identificar la relación entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018.</p> <p>f) Identificar la relación entre embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018.</p>	<p>en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018.</p> <p>d)Existe relación directa y significativa entre presentación podálica y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018.</p> <p>e)Existe relación directa y significativa entre el tipo de parto y la displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018.</p> <p>f)Existe relación directa y significativa entre el embarazo múltiple y la displasia del desarrollo de en niños de 6 a 12 meses en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen, 2018.</p>		<p>Muestra:</p> <p>muestra no probabilística por conveniencia</p> <p>n=120 pacientes</p>
--	---	---	--	---

Anexo 2 Instrumento de recolección de datos

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, 2018

DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA

CUESTIONARIO

Estimados padres de familia les comentamos que los datos que serán recolectados serán de uso confidencial, para la realización de la presente investigación en la elaboración de mi tesis de grado

FECHA: 25.105.18

N° HC: 90583095

ANTECEDENTES:

1.- DIAGNOSTICO:

SI (X)

NO ()

2.- EDAD ACTUAL DE SU NIÑO/A SE ENCUENTRA:

6 A 9 meses (X)

9 A 12 meses ()

3.- GENERO:

MASCULINO: ()

FEMENINO: (X)

4.- TIENE AIGUN FAMILIAR CON ANTECEDENTES DE DCCC:

SI (X)

NO ()

5.- SU BEBE AL NACER TUVO UNA PRESENTACION PODALICA:

SI ()

NO (X)

6.- QUE TIPO DE PARTO TUVO:

EUTOCICO (Normal) (X)

DISTOCICO (Cesaria) ()

7.- TUVO EMBARAZO MULTIPLE:

SI ()

NO (X)

Anexo 3 Validación

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FORMA 3

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Pinche Panduro Juana
- 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA HRDMI "El Carmen" - Huancayo
- 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACIÓN Cuestionario
- 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	NIVEL DE VALORACIÓN												
		INACEPTABLE		MINIMAMENTE ACEPTABLE						ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.											X		
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.											X		
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.											X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.											X		
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis.									X				
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.											X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.											X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.										X			
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.											X		

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

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

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

90

FECHA: 17-5-18 DNI: 00108134 FIRMA DEL EXPERTO: _____



HRDMI "EL CARMEN"
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA
Lic. Juana Pinche Panduro
TECNÓLOGO MÉDICO
C.T.M.º 2671
E.P.A. - I.C.A.

Anexo 4: Confiabilidad

Valores para la determinación de la confiabilidad del instrumento

Instrumento	N° ítems (K)	Sumatoria de las varianzas de los ítems ($\sum S_i^2$)	Varianza de la suma de ítems (S_t^2)	Coefficiente alfa de Cronbach (α)
Encuesta	7	5,32	13,55	0, 80

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el coeficiente Alfa de Cronbach hallado en la encuesta es de 0,80 lo que representa que es un instrumento confiable.

Anexo 5: Consentimiento informado

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, 2018”

Consentimiento Informado

Estimados padres de familia les comentamos que los datos que serán recolectados serán de uso confidencial, para la realización de la presente investigación en la elaboración de mi tesis de grado

Yo.....Juana C Hugivillanqui Inga.....Identificado con DNI.N°.....20408214.....

Acepto participar y colaborar del presente estudio y responder las preguntas del cuestionario.

Además certifico que se me explico el fin de esta encuesta y el objetivo de la misma.



FIRMA

Anexo 6 : Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo, JULIANA VARGAS RIMACH, bachiller de la Escuela Profesional de TECNOLOGIA MEDICA, identificada(o) con DNI N° 42983557, ejecutor(a) de la tesis titulada *FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS ALA DISPLASIA DE CADERAEN NIÑOS DE 6ª 12 MESES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN,2018.*

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.

- 3) La tesis no ha sido autoplagiado, es decir, no ha sido presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en las tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse el fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya haya sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Alas Peruanas.

Huancayo, 05 de febrero de 2017

JULIANA VARGAS RIMACHI

Nombre(s) y apellido(s)

DNI N° 42983557

Anexo 5 Evidencias Fotografías



Investigadora explicando el instrumento de recolección de datos.



Madre relleno el instrumento.



Investigadora con las historias clínica



Madre relleno el instrumento.



Investigadora y madre con la ficha de recolección de datos



Madre rellorando el instrumento.



Madre rellendo el instrumento.



Investigadora y madre rellendo el instrumento.