



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA –
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE LAS VÍAS DE PARTO Y LA PRESENCIA
DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS. CHICLAYO 2019”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD DE TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

AUTOR:

Bach. PATRICIA LISSET HIDROGO VIGIL

ASESOR:

KARLA GABRIELA OLAZÁBAL BOGGIO

CHICLAYO – PERÚ

2020

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. Título del Proyecto de Investigación: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019.

1.2. Personal investigador:

1.2.1. Autor: Bach. Patricia Lisset Hidrogo Vigil

1.2.2. Asesor: Mg. Karla Gabriela Olazabal Boggio

1.3. Facultad y escuela profesional: Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela Profesional de Tecnología Médica

1.4. Localidad e institución donde se desarrollará el proyecto: Clínica San Juan de Dios – Pimentel

1.5. Duración estimada del proyecto: 04 meses

1.6. Fecha de inicio – término: mayo – agosto 2019

II. DEDICATORIA

A mis amados padres, Lilia y Artemio por todo el cariño que siempre me han prodigado, por ayudarme a cumplir mis más ansiados sueños, el de ser una profesional al servicio de los demás.

A mi tía Ana María por toda la ayuda y el cariño que me brinda, por ser mi segunda madre y por estar conmigo siempre.

A mi hija Emely y a mi esposo Javier porque son parte esencial de mi vida y de mi superación y esfuerzo

III. AGRADECIMIENTO

A dios quien supo guiarme por el buen camino y seguir adelante, pero sobre todo por ser el autor de mis triunfos.

Agradezco a mi alma mater Universidad De Chiclayo, a la plana docente quienes me formaron profesionalmente para ser una profesional de calidad y servir con calidez.

IV. INDICE

INDICE DE CONTENIDO

I. DATOS INFORMATIVOS.....	2
II. DEDICATORIA.....	3
III. AGRADECIMIENTO.....	4
IV. INDICE.....	5
V. RESUMEN	6
VI. INTRODUCCIÓN.....	8
6.1. Marco teórico científico.....	9
a) Situación problemática	9
b) Antecedentes de la investigación.	9
c) Base teórica.....	20
6.2. Problema de Investigación.....	37
6.3. Hipótesis	37
6.4. Objetivos de la investigación.	38
6.5 Justificación e importancia de la investigación.....	39
6.6. definición y Operacionalización de variables	40
VII. MATERIAL Y MÉTODOS	43
7.1. Tipo de investigación.....	43
7.2. Diseño de contrastación de hipótesis.....	43
7.3. Población y muestra	43
7.4. Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos	44
7.5. Análisis estadístico de los datos.	44
VIII. RESULTADOS.....	45
8.1. Tablas y gráficos.....	45
IX. DISCUSIÓN	59
X. CONCLUSIONES	61
XI. RECOMENDACIONES	62
XII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	63
XIII. ANEXOS.....	67

V. RESUMEN

El nacimiento es el proceso en el cual culmina el embarazo, se puede dar por dos vías de parto, el natural o el abdominal, muchas veces los bebés nacen con displasia de cadera la cual trae consecuencias en el desarrollo físico del niño. El problema general de la presente Investigación fue saber, ¿Cuál es la relación que existe entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera?, y la hipótesis planteada fue que existe relación Significativa entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera.

Como objetivo general fue determinar la relación que existe entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera, la población de Investigación estuvo compuesta por 252 niños, la muestra fue de 28 niños, el tipo de Investigación es cualitativa, de diseño correlacional, transversal, no experimental, el nivel de investigación es Descriptiva, el método que se utilizó para la recolección de datos es la encuesta y el tipo de muestra es no probabilística.

Se llegó a concluir que, la displasia de cadera guarda relación significativa con la vía de parto en los niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios, la displasia de cadera se da con más frecuencia en el sexo femenino y la edad más predominante es de 12 a 24 meses y de 25 a 36 meses, el mayor porcentaje es la displasia de lado izquierdo, trayendo consigo retraso del desarrollo psicomotor.

Palabras clave: displasia de cadera, vía de parto.

ABSTRACT

Birth is the process in which pregnancy culminates, it can be given by two birth routes, the natural or the abdominal, many times babies are born with hip dysplasia which has consequences on the physical development of the child. The general problem of the present Investigation was to know, What is the relation that exists between the delivery routes and the presence of hip dysplasia ?, and the hypothesis proposed was that there is a significant relationship between the delivery routes and the presence of dysplasia Hip.

As a general objective it was to determine the relationship between the delivery routes and the presence of hip dysplasia, the Research population was composed of 252 children, the sample was 28 children, the type of Research is qualitative, correlational design, cross-sectional, not experimental, the level of research is descriptive, the method used for data collection is the survey and the type of sample is not probabilistic.

It was concluded that, hip dysplasia is significantly related to the delivery route in children treated at the San Juan de Dios Clinic, hip dysplasia occurs more frequently in females and the most prevalent age is 12 to 24 months and 25 to 36 months, the highest percentage is left-sided dysplasia, resulting in delayed psychomotor development.

Keywords: hip dysplasia, delivery route.

VI. INTRODUCCIÓN

La displasia de cadera es un problema de salud significativo tanto para el sujeto como para la población y, se origina de manera multifactorial, además, hay pruebas como la exploración física y diagnósticos por imágenes que ayudan a diagnosticar de manera temprana, puesto que, ya diagnosticado el tratamiento que se brinda en la etapa temprana es mejor que el tratamiento en períodos más tardíos. El que un niño sea diagnosticado con displasia de cadera, pasa a ser una preocupación para sus padres, la vía de parto es el conducto mediante el cual nace el bebé; muchas veces se da con complicaciones en el proceso, existen dos vías de parto, las cuales son, el parto vaginal, también denominado parto eutócico, natural o eutócico y parto abdominal, también conocido como cesárea.

La presente investigación describe y conceptualiza la displasia de cadera y las consecuencias que trae consigo y la relación que existe con la vía de parto, de igual manera también, las principales consecuencias que puede causar, como, los pasos necesarios que se debe seguir para ser diagnosticado, se empleó el método de la encuesta, la cual permitió obtener la información necesaria para cumplir con los objetivos planteados y una ficha de Valoración con la maniobra de Ortonani. Investigación que concluye que la displasia de cadera guarda relación significativa con la vía de parto en los niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios.

La investigación contiene planteamiento del problema, marco teórico, Hipótesis y Variables, metodología de la investigación y el análisis y resultados de la investigación; también se presentan las conclusiones y recomendaciones.

6.1. Marco teórico científico

a) Situación problemática.

Mediante visitas realizadas a la Clínica San Juan de Dios, se logró observar que, en el área de terapia física y rehabilitación, en traumatología, son atendidos niños con diagnóstico de displasia de cadera. Las madres buscan mediante la terapia física mejoramiento de desarrollo y crecimiento, el cual se logra conseguir cuando se realiza un diagnóstico y tratamiento temprano; el diagnóstico precoz es fundamental para optimizar los resultados de tal manera, que entre más cercano al nacimiento inicie el tratamiento existirá una probabilidad más alta en la funcionalidad adecuada del aparato locomotor. Dicha terapia se recibe tres veces por semana, durante dos meses, posteriormente vuelve a pasar con el médico traumatólogo para evaluación.

b) Antecedentes de la investigación.

- **Antecedentes Internacionales**

Perez Manzano, M. (2016). Tesis titulada. “Displasia de cadera en pacientes pediátricos; a propósito de un caso”, se desarrolló en Soria, España, en la cual, se tuvo como objetivo principal describir el tratamiento de fisioterapia aplicado en el periodo posquirúrgico tras una reducción abierta con la presentación de un caso y compararlo con la literatura científica. El Material y métodos que utilizó fue la búsqueda en la literatura disponible en los últimos 10 años en diferentes bases de datos utilizando las palabras claves en inglés: hip, hip displasia, hip displasia treatment, congenital hip dislocation, physical therapy; y en español: displasia de cadera, tratamiento. Utilizando los operadores booleanos AND, NOT y OR. Se presenta un caso de una paciente de

18 meses que presentaba displasia del desarrollo de la cadera izquierda. Tras reducción abierta en intervención quirúrgica requiere fisioterapia. Se obtuvieron como resultados tras 11 meses de tratamiento la niña presenta una recuperación completa con la edad de 4 años y 5 meses. Llegando a concluir que la fisioterapia es un pilar fundamental en el tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera tanto en el pre como en el

posoperatorio tras una reducción quirúrgica. Es necesario la realización de estudios científicos futuros que avalen esta actuación fisioterapéutica y analicen los diferentes tipos de tratamiento. (6)

- **Antecedentes Nacionales**

Rojas, J. (2018). Tesis titulada. “Prevalencia de signos radiológicos en el diagnóstico de displasia de cadera en infantes en la clínica San Miguel durante el año 2016”, el presente trabajo tiene como objetivo determinar la prevalencia de signos radiológicos en el diagnóstico de displasia de cadera en infantes en la Clínica San Miguel durante el año 2016. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, se realizó un total de atención de 150 infantes, entre junio a diciembre del 2016. Se obtuvo como resultado que, de los 150 infantes, 110 infantes presentaron displasia de cadera en algunas de las articulaciones, el 32,7% presentó displasia en la cadera derecha, 45,5% en la cadera izquierda y el 21,8% en ambas caderas. Por lo tanto, se concluye que la prevalencia de displasia de caderas fue con mayor porcentaje en el sexo femenino con un 72,7% y en los masculinos con 27,3%. (7)

Sebastian, C (2017). Investigación titulada: “Prevalencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios periodo abril 2013-2016 Lima” en la Ciudad de Lima, El tipo de estudio realizado fue descriptivo retrospectivo de tipo transversal, el objetivo fue Conocer la Prevalencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios Periodo abril 2013-2016 Lima. La población estudiada fue de 282 niños con displasia de cadera. Los resultados muestran que la Prevalencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios Periodo abril 2013-2016 Lima, según registro de datos e historias clínicas fueron: De 9400 pacientes que ingresaron en los periodos descritos. Presentaron Displasia de Cadera solo 282 pacientes y no presentaron displasia de cadera 9118 pacientes. Por lo tanto, la prevalencia de displasia de cadera fue del 3 %, según grupo etáreo destaca el grupo 12 a 18 meses de edad y representan el 44%, respecto al sexo, fueron mujeres con un 79.43%, La prevalencia de displasia de cadera según oligohidramnios. Muestra que 276 pacientes no tuvieron oligohidramnios, mientras que solo 6 pacientes si tuvieron.

La mayor parte no tuvo oligohidramnios y representan el 97.87%, según el peso del recién nacido. Muestra que 142 pacientes tuvieron de 2 a 3 Kg., mientras que 140 pacientes tuvieron de 3 a 4 Kg. de peso al nacer. La mayor parte tuvo peso de 2 a 3 Kg. Y representan el 50.35%. Según la edad de la madre. Muestra que 263 pacientes tuvieron madres con edades entre 18 y 35 años, mientras que solo 19 pacientes tuvieron madres con edades mayores a 35 años. La mayor parte tuvo madres con edades entre 18 y 35 años y representan el 93.26%. (8)

Ranilla, F (2015). Investigación titulada: “Relación de la displasia congénita de cadera en el retraso del desarrollo psicomotor en los niños de 3 meses a 2 años en el Servicio de Terapia Física - Área de Niños del Hogar Clínica San Juan de Dios - CERI. Arequipa - 2014”, la investigación se realizó en la ciudad de Arequipa, en el Hogar Clínica San Juan de Dios – CERI, durante los meses de agosto, setiembre, octubre y noviembre del año 2014. Participaron 30 pacientes entre 3 meses a 2 años de edad. Se evaluó a toda la población. El objetivo general fue determinar la relación de la displasia congénita de cadera en el retraso del desarrollo psicomotor en niños de 3 meses a 2 años en el servicio de terapia física en el área de niños del Hogar Clínica San Juan De Dios – CERI. Arequipa, 2014, los indicadores fueron displasia congénita de cadera y el retraso psicomotor, la técnica utilizada fue la observación y la encuestas, los instrumentos utilizados fueron la ficha de recolección de datos, test peruano de evaluación del desarrollo del niño. Se realizó la encuesta y se procedió a evaluar. El tipo de investigación No Experimental, de nivel explicativo correlacional y de diseño trasversal.

Las conclusiones después de aplicar el test; muestra que el 76.6% de los niños tienen retraso del desarrollo psicomotor en los comportamientos postural – motor y cognitivo, el 66.7% tienen retraso del desarrollo psicomotor en el comportamiento personal-social. Muestra que el 66.7% presentan displasia congénita de cadera leve; entonces se puede decir que los niños atendidos en el servicio de terapia física de la Clínica de San Juan de Dios – CERI; con displasia congénita de cadera les genera retraso en el desarrollo psicomotor. (9)

Jiménez, L (2018). Investigación titulada: “Displasia del desarrollo de la cadera mediante radiografía en pacientes atendidos del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo período 2015 – 2016”, El presente trabajo tiene como objetivo determinar la frecuencia de displasia del desarrollo de la cadera mediante radiografía en pacientes atendidos del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo periodo 2015- 2016. Siendo un estudio retrospectivo, descriptivo de tipo transversal. Se realizó una revisión documental de los informes radiológicos e historias clínicas de todos los pacientes que fueron atendidos con presunción clínica diagnóstica de displasia del desarrollo de la cadera y evaluados mediante radiografía anteroposterior de pelvis. El número total de la población fue 909 pacientes y no se realizó el cálculo de tamaño muestral ya que se evaluó a todos los 517 pacientes con displasia del desarrollo de la cadera cumpliendo con los criterios de inclusión. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 23.0. De acuerdo a lo analizado de los 909 pacientes, se observó que 517 tuvieron displasia con un porcentaje del 56,9%, de ellos 57,7% fueron del sexo femenino y el 42,3% del sexo masculino, el grupo etario más representativo fue de 3 a 12 meses con un valor de 83,2%, con relación a la lateralidad del lado afectado, el lado lateral izquierdo fue el de mayor frecuencia con 54,5%, en función de la continuidad de líneas de Shenton el 100% tuvieron líneas discontinuas y en cuanto a la ubicación de los núcleos de osificación femoral el 100% se ubicaron en los cuadrantes anormales.

Se concluye que hay una elevada tasa de frecuencia de displasia del desarrollo de la cadera con un valor de 56,9%, mediante la radiografía anteroposterior de pelvis, por tanto, todos los recién nacidos deben ser evaluados a través de un examen físico por un profesional especializado. (10)

Caballero, M. (2016). Investigación titulada: “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”, estudio que tuvo como objetivo principal Determinar la prevalencia; establecer e identificar antecedentes tales como: género femenino, antecedentes familiares, presentación podálica, primiparidad, embarazo múltiple, Oligohidramnios, de un grupo de niños y niñas entre las edades de 01 mes y menores de 12 meses con Displasia del Desarrollo de Cadera atendidos en consulta externa del servicio de Traumatología Pediátrica del Hospital de Ventanilla, Enero-Diciembre del año 2014. Para llegar a los resultados se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico con enfoque cuantitativo en el Hospital de Ventanilla donde se revisó las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Displasia del Desarrollo de Cadera atendidos en consultorio externo del Servicio de Traumatología Pediátrica durante el año 2014. La muestra total fue de 82 lactante que tuvieron diagnóstico de Displasia del Desarrollo de Cadera. Se analizó factores predisponentes como: genero, antecedente familiar de Displasia del Desarrollo de Cadera, presentación fetal, numero de hijo, Oligohidramnios y embarazo múltiple y su relación con la enfermedad.

Se obtuvieron como resultados, que, la prevalencia fue de 18,2% de toda la población estudiada. La tasa de exposición a los factores predisponentes en pacientes que presentaron Displasia del desarrollo de cadera fue la siguiente, para sexo femenino (84,15%), antecedentes familiares (7,32%), primera gestación (84,15%) y Oligohidramnios (6,1%); presentación podálica el 30,49%. Los factores predisponentes presentaron los siguientes valores de p con sus

respectivos OR, antecedente familiar de Displasia del Desarrollo de Cadera $p=0,000$ OR 21,8 (I.C.95% 2,593 – 184,418), sexo femenino $p=0,000$ OR 4,73 (I.C.95% 2,500 – 8,949), primigestas $p=0,000$ OR 4,031 (I.C.95% 2,129 – 7,632), presentación podálica $p=0,534$ OR 0,845 (I.C.95% 0,497 – 1,438), embarazo múltiple $p=0,915$ OR 1,132 (I.C.95% 0,116 – 11,028), y Oligohidramnios $p=0,037$ OR 3,545 (I.C.95% 1,001 – 12,563) . Llegando a concluir que las diferencias entre los pacientes con diagnóstico de DDC en referencia a la exposición a factores predisponentes fueron estadísticamente significativas en los antecedentes familiares, género femenino, primera gestación, y Oligohidramnios. La presentación fetal podálica, el embarazo múltiple no se comportaron como factores predisponentes. (5)

Núñez, J. (2015). Investigación titulada: “Influencia de los factores de riesgo de displasia de cadera en el crecimiento y desarrollo - niños de 3 meses y 7 meses atendidos en la Micro Red San Martín de Socabaya, Arequipa, 2015”, El trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la influencia de los factores de riesgo sobre displasia de cadera en el crecimiento y desarrollo en niños de 3 meses hasta los 7 meses atendidos en la Microrred San Martín de Socabaya, Arequipa, en el año 2015. Fue un estudio de tipo no experimental, de nivel descriptivo y de corte transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 50 madres con niños menores de 3 a 7 meses de edad.

Entre sus principales conclusiones están: Existe influencia de los factores de riesgo sobre displasia de cadera en el crecimiento y desarrollo ya que existe un riesgo alto en niños de 3 a 7 meses atendidos en la Microrred San Martín de Socabaya, Arequipa. Los factores de riesgo materno comprenden los

antecedentes familiares, parentesco, tipo de parto, presentación del parto y los factores del riesgo el género del niño, peso y modo de cargar al niño. El 74% (37) de los niños de 3 a 7 meses con displasia de cadera se encuentran con un crecimiento inadecuado y solamente el 26% (13) tienen un crecimiento adecuado. El 70% (35) de los niños de 3 a 7 meses con displasia de cadera tienen un déficit de desarrollo y solamente el 30% (15) de tienen un desarrollo normal. Existe relación de los factores de riesgo materno de displasia de cadera y los resultados son de alto riesgo en 76% del cual el 60% muestran crecimiento y desarrollo en déficit. El 24% que tienen factores de riesgo materno en bajo riesgo muestran un crecimiento y desarrollo en déficit del 18%. Estadísticamente por medio del χ^2 existe una relación significativa entre ambas variables. (11)

Porras, K (2018). Investigación titulada: “Hallazgo radiológico de displasia luxante de cadera en el Hospital Ramiro Priale Priale Essalud Huancayo - 2016”, El presente trabajo tiene como objetivo determinar el hallazgo radiológico de displasia luxante de cadera en el Hospital Ramiro Priale Priale Essalud Huancayo 2016. En la investigación se empleó una metodología descriptiva, diseño retrospectivo y corte trasversal. Como resultado se encontró una prevalencia de 8,6 % concordante con displasia acetábular de cadera derecha para neonatos con edad mayor a 6 meses, y una prevalencia del 7,6 % con displasia acetábular de cadera derecha en neonatos del sexo masculino. Asimismo, se encontró una prevalencia 37,43 % de subluxación de cadera izquierda en neonatos menores de 6 meses y de 45,61 % en neonatos del sexo femenino; un 9,94 % de luxación de cadera derecha en neonatos mayores de 6 meses; y de 8,77 % en neonatos del sexo femenino; con una prevalencia de

5,85% de displasia en cadera izquierda presente en neonatos mayores de 6 meses y de 5,85 % en las de sexo femenino. Se concluye que se encontró una elevada prevalencia de subluxación de cadera izquierda en el sexo femenino. (12)

Baca, J. (2018). Investigación titulada: “Relación entre la displasia congénita de cadera en niños de 0 a 5 años de edad y los factores predisponentes en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, período marzo – mayo 2018”, este estudio es de carácter prospectivo, descriptivo de tipo longitudinal, se recolectó la información mediante una ficha de datos de creación propia usando la escala de likert y fue interpretada estadísticamente.

Donde, muestra que el 76% de los pacientes atendidos son mujeres, mientras que el 24% son varones, que el 45 y el 12% de casos están directamente relacionados a antecedentes de padres y hermanos respectivamente, existe una mayor disposición con un 42% para la enfermedad en pacientes que presentaron posición podálica mientras que el 29% de pacientes evaluados tuvo presentación cefálica, 6 y 3% para presentación transversa y oblicua respectivamente, se puede observar que del total de pacientes, el 79.0% de niños presentaron lesión en la cadera, reflejado por lo contrario con un 21,0%, no presenta una lesión en la cadera, de lo cual se puede extraer que de los casos positivos un 57,0% es de género femenino y un 22% de sexo masculino. En la cual se afirmó con un nivel de confianza del 95% que existe relación entre la displasia congénita de cadera y los factores predisponentes, por lo que se recomienda al personal de salud realizar investigaciones con respecto a la relación de la DCC y los factores predisponentes para prevenir la incidencia y así poder reducirla. (13)

Salazar, K. (2018). Investigación titulada: “Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera y factores asociados en niños atendidos en un hospital de Ventanilla – periodo 2013 – 2017”, la presente investigación tuvo como objetivo establecer la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera y factores asociados en niños, fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Los resultados muestran que 184 niños presentaron displasia del desarrollo de cadera con un 61,3 %, mientras que un 38,7 % (116 niños) no lo presentaron, la forma de presentación del parto se dio en forma podálica con un 64,1 % y final de forma cefálica con un 35,9 %, considerando el factor hormonal como relevante el SBHL con 58,2 %, seguido de hiperlaxitud ligamentaria con 41,8 %, respecto a la edad se dio en el rango de 6 meses a 1 año de edad con 53,2 %, el factor genético se dio en los abuelos con 48,3 %, seguido del padre con 34,8 % y finalmente los de la madre con 16,9 %, el número de partos se dio en los que fueron de parto primigesta con un 63,6 %, seguido los de parto múltiparas con un 36,4 %, respecto al producto macrosómico se dio en los que tenían 4000 g. con un 47,3 %; seguido los de 3500 g. con un 34,2 % y finalmente los que tenían 2900 g. con un 18,5 %, la edad de la madre se dio en el rango de 15 a 20 años con el 51,6 %, seguido del rango de 21 a 30 años con un 29,9 % y finalmente los que tenían entre 31 a 40 años con un 18,5 %.

Se concluye que es recomendable realizar un plan inmediato de intervención para conservar una reducción concéntrica y estable de la cadera en los niños atendidos. (14)

Cervantes, M. (2017). Investigación titulada: “Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en pacientes evaluados en el servicio de radiología general del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015”, Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de tipo transversal, en 130 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se logró obtener los informes radiográficos completos de las radiografías tomadas a estos niños en AP de Pelvis. El fundamento de la investigación fue determinar la prevalencia de Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) en pacientes evaluados en el Servicio de Radiología General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2015, se pudo determinar que el 22,3% de la muestra resultaron diagnósticos positivos de DDC, la edad promedio de la muestra fue de $9,96 \pm 5,417$ meses, la edad mínima fue de 4 meses y la máxima de 23 meses, siendo el valor más repetitivo el de 5 meses; el grupo etario de mayor concentración fue el de 3 a 7 meses con 42,3% (55) y el de menor, fue el 13 a 17 meses con 10% (13); el sexo femenino con 64,6% (84) resaltó por encima del masculino con 35,4% (46); la procedencia de Lima con 90,8% (118) estuvo muy por encima de la provincia con 9,2% (12); el tipo de parto eutócico con 62,3% (81) prevaleció por encima de los nacidos por cesárea que alcanzaron el 30,8% (40) y el parto en presentación podálica con apenas 6,9% (9); el valor promedio del índice acetabular fue de $24,30^\circ \pm 4,1$ para el lado derecho y $24,84^\circ \pm 4,9$ para el izquierdo, el valor de la moda fue 25° para ambas caderas, se obtuvo un valor mínimo de 10° para ambos lados y un máximo de 38° para el derecho y 40° para el izquierdo; los patrones radiológicos evaluados nos demostraron que 10,8% (14) presentaron una arco de shenton discontinuo, separación del extremo femoral superior y oblicuidad

del techo del acetábulo ($>30^\circ$) en el lado derecho, mientras que en el izquierdo el 12,3% (16) presentaron discontinuidad del arco de shenton, en el 18,5% (24) existió separación del extremo femoral, en el 13,1% (17) la oblicuidad fue mayor a 30, el núcleo cefálico se presentó hipoplásico en el 10% (13) del lado derecho y en el 20% (26) del lado izquierdo, la ubicación del mismo fue del 10% (13) en el CSE y 90% (117) en el CII del lado derecho, mientras que en el 10,8% (14) de los casos del lado izquierdo se ubicó en el CSE, 87,7% (114) en CII y 0,8% (1) en el CIE, en el 11,5% (15) de los casos positivos la afección se manifestó en el lado izquierdo, 10% (13) en el derecho y 0,8% fue bilateral. (15).

c) Base teórica

Definición de vía de parto

vía de parto es el canal mediante el cual nace el bebé; estas pueden tener o no complicaciones en el proceso, y se derivan dos vías de parto: Parto Vaginal, también denominado parto normal o natural; y Parto Abdominal, también conocido como cesárea. (15).

Parto Vaginal:

La palabra PARTO proviene del latín “partus” se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. (16)

Etapas del Trabajo de Parto

- Prodrómico o preparito: Es un periodo excluido del trabajo del parto el cual no tiene un inicio definido, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la

madre para darse cuenta que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata. Este periodo puede durar hasta dos semanas y finaliza con la dilatación del útero.

- Dilatación: Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 segundos o más cada una y de una intensidad creciente. Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta una cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como período de dilatación.

- Nacimiento o expulsión: También llamada período expulsivo o período de pujar y termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos.

- Alumbramiento: Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de signo de Ahlfeld. (17)

Parto Abdominal (Cesárea):

Cesárea es una intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé. El bebé se saca a través de una incisión en el abdomen de la madre. (18)

La operación es relativamente segura para la madre y el niño. Sin embargo, es una cirugía mayor e implica riesgos. La cesárea también requiere un período de recuperación más prolongado que el parto vaginal. Cuando cicatriza la incisión puede dejar un área más débil en la pared uterina. Esto podría causar problemas para intentar partos vaginales en el futuro. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres que tuvieron una cesárea pueden dar a luz con un parto vaginal más adelante. (19).

La mayoría de las cesáreas se realiza cuando ocurren problemas inesperados durante el parto. Entre ellos se encuentran problemas de salud de la madre, posición del bebé, falta de espacio para que el bebé salga a través del canal vaginal, signos de sufrimiento en el bebé. (20).

Clasificación de Cesárea:

- Según antecedentes obstétricos de la paciente
 - Primaria: Es la que se realiza por primera vez.
 - Iterativa: Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas. Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este periodo es adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontaneo de trabajo de parto en estas pacientes.

- Según indicaciones:
 - Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
 - Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

- Según el tipo de incisión:
 - Corporal o clásica: La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.
 - Segmento corporal: (Beck), la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de

retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

- Segmento arciforme o transversal: (Kerr), es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias. (21)

Principales Indicaciones:

Las indicaciones pueden agruparse de diversas maneras: maternas, fetales y mixtas, según quien sea el supuesto beneficiario de la intervención; electivas, esto es, sin intentar el trabajo de parto o intraparto o de recursos emergentes, urgentes o programables, absolutas o relativas. De acuerdo con la comisión de Bioética de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) se acepta que existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otras de justificación más discutible, son las que hoy proporcionan buena parte de la alta incidencia de cesáreas. (22)

○ Indicaciones Maternas:

Enfermedad Hipertensiva Del Embarazo: En los casos de preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal. En la preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto

vaginal, se optará por la vía abdominal, en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome HELLP o si se trata de restricción de crecimiento fetal o bebés de peso muy bajo.

Complicaciones Médicas Asociadas: En la mayoría de las enfermedades asociadas a la gestación se elige la vía del parto de acuerdo a la complicación obstétrica. En algunos casos, como el herpes genital reciente o activo, salvo membranas rotas más de 4 horas y en el SIDA, la intervención es mandatoria y en otros, como la diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, cuadro de lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh, entre otras.

Cáncer De Cuello Uterino: Toda gestante con diagnóstico de cáncer invasivo del cuello uterino después de las 22 a 26 semanas debe ser sometida a cesárea inmediatamente se demuestre la madurez fetal. En los casos con diagnóstico histopatológico de cáncer in situ o microinvasor de cérvix, la vía de parto puede ser vaginal, limitándose la cesárea a una indicación obstétrica.

Incisión Uterina Previa: En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos el parto abdominal ha sido considerado como indicación casi absoluta. Sin embargo, la cicatriz de una cesárea segmentaria transversa es capaz de tolerar el embarazo y el parto sin romperse. Sin embargo, se debe considerar el riesgo de morbilidad o

mortalidad del feto y neonato, cuando el intervalo internatal es menor de dos años, lo que no tiene que ver con la calidad de la cicatriz.

○ **Indicaciones Fetales:**

Sufrimiento Fetal: La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.

Mala Presentación Fetal: Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones fetopelvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón.

Prematuridad: La experiencia obstétrica y neonatológica indica que el feto prematuro tiene más riesgo de traumatismo obstétrico si nace por vía vaginal, más aún, si viene en podálica. Por tal motivo se recomienda que los fetos con peso menor o igual a 1 500 g deban nacer por cesárea.

Displasia de Cadera

Definición de Displasia:

Es un término que hace referencia a la presencia de un amplio espectro de anormalidades en la conformación de la cadera (Proviene del griego dys, que significa mal y plássein que significa moldear) (20).

Denominada también displasia de la cadera y que algunos autores todavía la denominan luxación congénita de la cadera es una alteración en el desarrollo y relación anatómica de los componentes de la articulación coxo-femoral que comprende al hueso iliaco, fémur, capsula articular, ligamentos y músculos. (23)

Embriología y anatomía de la cadera

El período embrionario corresponde a los dos primeros meses de la vida intrauterina durante la que se desarrolla la embriogénesis. Es el período de las malformaciones. En el embrión de 4 semanas (5 mm) aparecen las yemas de los miembros inferiores. Las células mesenquimatosas se orientan para trazar los esbozos femorales (tronco de cono) y pélvico (disco), que se separan muy pronto por una condensación celular. Al final de la séptima semana (22 mm), aparece la hendidura articular, que separa el acetábulo y el fémur, debido a una degeneración celular inducida desde los primeros Movimientos (24).

El acetábulo puede individualizarse desde la novena semana (40 mm). No puede haber una luxación antes de esta fecha. En este período, también aparecen el cartílago articular, músculos, nervios y vasos (24).

Etiología de displasia:

Para que ocurra un desarrollo adecuado de la cadera es preciso que la cabeza femoral se encuentre correctamente centrada en el acetábulo y que exista un equilibrio entre el crecimiento de los cartílagos trirradiado y acetabular. Cualquier alteración en este equilibrio, ya sea en el periodo intrauterino o en el postnatal, conducirá a un desarrollo alterado de la cadera. Dada la poca incidencia de la DDC en fetos abortados antes de la semana 20, cabe pensar que los problemas ocurran en los últimos meses del embarazo (24).

Se origina de manera multifactorial y entre los elementos desencadenantes se encuentran la hiperlaxitud ligamentosa, el aumento de la anteversión femoral fetal, las posturas anómalas del feto en el útero (transversa o podálica), y la compresión mecánica de la cadera al final del embarazo (oligohidramnios, embarazo gemelar, macrosomía, primigestantes, miomas uterinos, úteros tabicados). (21)

- Factores hormonales: La teoría hormonal se basa en la influencia que las hormonas sexuales tienen sobre el tejido conectivo de la capsula articular. Los estrógenos inhiben la síntesis de colágeno y favorecen el entrecruzamiento de sus fibras y la formación de elastina.
- Factores mecánicos: La teoría mecánica, sostiene que fuerzas persistentemente aplicadas pueden originar una deformidad que ocurre con

mayor facilidad en periodos de crecimiento. Las fuerzas deformantes pueden estar provocadas por la musculatura abdominal o uterina; por una postura mantenida, sobre todo en flexión de caderas y extensión de rodillas; o por una disminución del espacio libre para el feto, bien porque el feto sea grande o porque el volumen de líquido amniótico este disminuido.

- Factores genéticos: No se han realizado estudios adecuados sobre los factores genéticos en la DDC, la concentración familiar de casos descrita en la literatura sugiere una susceptibilidad genética. (23)

Diagnóstico

El examen clínico requiere habilidad y paciencia. El examen centrado en la pesquisa de asimetría tiene el riesgo de pasar por alto una alteración bilateral. El examen además se modifica a medida que el recién nacido crece, sin signos patognomónicos de dislocación. Por otra parte, los signos clínicos pueden estar ausentes en pacientes con displasia acetabular sin luxación. Es por esto que, a pesar de las controversias e inconsistencias en la literatura, la mayoría coincide en la utilidad de un screening con imágenes para disminuir la prevalencia de displasia con luxación. (19)

- Exploración física de las caderas del recién nacido: El recién nacido debe colocarse desnudo sobre una superficie dura. Debe estar calmado, sin realizar maniobras forzadas, los hallazgos clínicos deben registrarse con detalle. Si existen dudas o anormalidad en el examen físico del niño debe referirse al Servicio de Ortopedia infantil donde será valorado y se determinará si son necesarios exámenes complementarios.

La inspección de la posición espontánea es un paso esencial. En los casos de luxación unilateral, la posición puede ser asimétrica, con más abducción de una cadera. Puede haber pliegues cutáneos asimétricos en la raíz de los muslos. En este caso hay que sospechar de una luxación del lado en que la abducción de la cadera es menor.

La limitación de la abducción pasiva suele ser la consecuencia de una retracción de los músculos aductores. La abducción en el recién nacido alcanza al menos 70°. Si la abducción está limitada, la cadera es sospechosa y debe buscarse con mucha atención una inestabilidad.

Una desigualdad de longitud de los miembros inferiores se investiga fácilmente con las rodillas flexionadas. Se busca un desnivel entre ambas rodillas. Si esto ocurre hay que sospechar una luxación de la cadera del lado más corto pero este signo llamado de Galeazzi es tardío. Esta situación también puede encontrarse en caso de pelvis oblicua congénita.

La detección clínica de la luxación de cadera apunta a la búsqueda de un resalte que indique la inestabilidad de la cadera. El resalte corresponde a la sensación clínica que acompaña el momento en que la cabeza sale del acetábulo (resalte de salida) o entra en el (resalte de entrada). El resalte es efímero, pues está presente en el nacimiento y luego desaparece de manera progresiva durante la primera semana de vida. De modo excepcional persiste más allá de los 8 primeros días de vida, pero lo suficiente para justificar su búsqueda en cada exploración física del lactante.

Para buscar la inestabilidad deben conocerse dos maniobras: Ortolani y Barlow; los cuales son dos encuentros clínicos fundamentales en el niño hasta los 2 meses de edad. (25) (26)

- **Maniobra de Ortolani:** Esta maniobra permite evaluar ambas caderas al mismo tiempo es el procedimiento más útil para detectar una inestabilidad. Consta de dos etapas:

- **Primera etapa:** el medico trata de luxar la cadera partiendo de la hipótesis de que estaba reducida al principio de la exploración. Se acuesta al niño de espaldas y con las caderas flexionadas a 90°; el medico toma las rodillas del niño con el primer espacio interdigital. Un impulso hacia abajo y hacia fuera provoca, en caso de inestabilidad de la cadera un resalte de salida.
- **Segunda etapa:** Mediante un movimiento de abducción de cadera, asociado a un impulso sobre el trocánter mayor con los dedos 3. ° y 4. °, se podrá provocar el retorno de la cabeza femoral al acetábulo. Esta reducción de cadera se acompaña de una sensación de resalte de entrada, que corresponde al paso de la cabeza femoral por el reborde del acetábulo. (25)

- **Maniobra de Barlow:** Barlow describió esta maniobra a principios de la década de 1960 para remediar las insuficiencias de la maniobra de Ortolani. Por ejemplo, cuando el reborde del

acetábulo no está bien definido por ser muy anómalo, el resalte casi no es perceptible. Sólo el desplazamiento muy exagerado de la cabeza femoral sobre el a la ilíaca es perceptible: es el signo del pistón. Durante la maniobra de Ortolani, las manos del médico están demasiado lejos de la raíz del muslo como para sentir bien este desplazamiento. Barlow propuso entonces explorar primero una cadera y luego la otra. La pelvis se sostiene con una mano: el pulgar sobre la sínfisis púbica y los dedos restantes sobre el sacro. Con la otra mano se explora la cadera, apoyando el pulgar sobre la cara interna del muslo, bien cerca de la cadera, mientras los dedos 3.º y 4.º se apoyan sobre el trocánter mayor. Acompañando con el pulgar un movimiento de aducción de la cadera, en caso de inestabilidad se produce un resalte de entrada. El signo del pistón es más sensible, pues la mano está muy cerca de la cabeza femoral, aunque necesita cierta práctica. Como resultado de la exploración física pueden encontrarse cuatro situaciones:

- Las caderas son normales, no hay resalte, la exploración no revela ninguna otra anomalía, no se detectan factores de riesgo.
- La cadera es inestable es de corta duración. El tratamiento de una cadera estabilizada en posición de luxación es difícil, pero, si la luxación se logra fácilmente, el tratamiento es sencillo.

- Hay dudas sobre la estabilidad de la cadera. Es una indicación de ecografía de cadera.
- Existen factores de riesgo o una anomalía en la exploración física (fuera de la inestabilidad). La exploración física debe repetirse de modo minucioso y en función de la evolución. Puede pedirse una ecografía de cadera. (24, 25)

Exámenes Por Imagen

Radiología: la radiografía anteroposterior (AP) en neutro, utilizada en la evaluación de pacientes con displasia de caderas. Sin embargo, por la naturaleza cartilaginosa de la cabeza femoral hasta los 4 o 6 meses, su valor en la literatura ha sido considerado como limitado en el diagnóstico precoz a pesar de su amplia disponibilidad y de su bajo costo, reservando su uso para el diagnóstico durante la lactancia tardía y en el seguimiento de pacientes en tratamiento (19, 27).

Ecografía: Con esta técnica es posible visualizar la cabeza femoral cartilaginosa, caracterizar el acetábulo y evaluar la presencia de inestabilidad. El énfasis del examen está puesto en la estructura del acetábulo, evaluado en un plano único, standard, dado por la representación gráfica de algunas estructuras anatómicas coincidentes. Sobre este plano standard se caracteriza el acetábulo y se mide la oblicuidad del techo acetabular (ángulo acetabular) (26). Graf clasificó las caderas en cuatro tipos morfológicos, que consideran la edad del paciente y que plantea la necesidad de tratamiento:

- Cadera Tipo I: corresponde a la cadera morfológicamente normal, con adecuado techo acetabular óseo, techo cartilaginoso envolvente, ceja ósea angular y ángulo alfa igual o mayor que 60° , a cualquier edad. No requiere tratamiento.
- Cadera Tipo II: representa una transición estructural y temporal entre la cadera normal y la cadera francamente luxada. El tipo IIa, corresponde a una cadera inmadura, en menores de 3 meses, que debiera alcanzar el aspecto normal a los 3 meses por lo que no requeriría tratamiento; morfológicamente tiene una ceja redondeada, con un ángulo entre 50° y 59° pero con un techo suficiente. Los mismos hallazgos corresponden a la cadera tipo IIb, pero en mayores de 3 meses. El tipo IIc describe una cadera centrada, pero con techo insuficiente y ángulo alfa entre 43° y 49° , se describe inestabilidad. El tipo IId corresponde a la primera etapa de la luxación, con techo insuficiente, ángulo entre 43° y 49° y cabeza descentrada. Los tipos b, c y d requieren tratamiento.
- Cadera Tipo III: corresponde a una cadera descentrada, con techo insuficiente y desplazamiento superior del techo cartilaginoso, el que puede o no mantener su ecoestructura (subtipos a y b). Requiere tratamiento.
- Cadera Tipo IV: describe también una cadera descentrada, pero con desplazamiento inferior, hacia el cotilo, del techo cartilaginoso, el que se interpone al momento de la reducción. Requiere tratamiento. (25)

Tratamiento:

El tratamiento, se orienta a lograr la reducción, estabilización y normalización de la anatomía de la cadera, con la finalidad de brindar al niño una articulación totalmente anatómica es decir con el desarrollo normal del acetabulo, funcional y saludable para toda la vida. (24)

El tratamiento de la DDC podría resumirse en los siguientes pasos: En primer lugar, hay que conseguir una reducción estable y concéntrica de la cadera evitando complicaciones como la necrosis avascular de la cabeza femoral, en segundo lugar, hay que vigilar con radiografías seriadas el desarrollo acetabular que ocurre tras reducir la cadera. El estímulo que supone la reducción anatómica y estable de la cabeza femoral puede normalizar el acetábulo. Se ha escrito que la evolución del índice acetabular es el parámetro más fiable para predecir la presencia o no de displasia acetabular residual al final del crecimiento, en tercer lugar, es necesario realizar osteotomías pélvicas y/o femorales en aquellos casos con una displasia de cadera residual. Se considera que el potencial de crecimiento acetabular disminuye de manera importante a partir de los 4 años de edad y con ello la posibilidad de que simplemente la reducción de la cadera consiga normalizar el acetábulo. Las osteotomías pélvicas se realizan a partir de los 3-4 años de edad con el objetivo de mejorar la configuración del acetábulo. Es un error relativamente frecuente realizar una osteotomía pélvica o femoral con la intención de reducir o estabilizar una cadera. (24)

- **Tratamiento ortopédico no quirúrgico**

Es el tratamiento de elección frente a un diagnóstico precoz. Las principales terapias que han demostrado efectividad en el tratamiento de la DDC son: Arnés de Pavlik, férula de abducción, yeso pelvi pedio en

posición humana L1 y / o L2 y yeso pelvi pedio L3 o yeso abductor.

(24)

- **Tratamiento quirúrgico**

Tenotomía de adductores, tenotomía de psoas, reducción quirúrgica de la cadera afectada, osteotomía femoral desrotatoria, osteotomía pélvica Salter y Osteotomía periacetabular Pemberton Dega. (24)

6.2. Problema de Investigación

Problema general:

¿Cuál es la relación que existe entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios?

Problemas específicos

1. ¿Cuál es la edad y el género que se ve afectado con más frecuencia en la displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios?
2. ¿Qué lado de la cadera es en la que se encuentra displasia según la maniobra de Ortolani en los niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios?
3. ¿La displasia de cadera causa retraso del desarrollo psicomotor en los niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios?

6.3. Hipótesis

6.3.1.H. General

Existe relación Significativa entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios.

6.3.2. H. específicas.

1. se logra identificar cuál es la edad y género que se ve afectado con más frecuencia en la displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios.

2. La aplicación de la maniobra de Ortolani salió positivo en los niños que son atendidos en la Clínica San Juan de Dios, logrando distinguir que lado de la cadera tiene displasia.

3. La displasia de cadera causa grandes problemas de retraso del desarrollo psicomotor en los niños que son atendidos en la Clínica San Juan de Dios.

6.4. Objetivos de la investigación.

- **Objetivo general**

Determinar cuál es la relación que existe entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios

- **Objetivos específicos.**

1. Identificar cuál es la edad y el género que se ve afectado con más frecuencia en la displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios.

2. Distinguir qué lado de la cadera es en la que se encuentra displasia según la maniobra de Ortolani en los niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios.

3. Analizar si la displasia de cadera causa retraso del desarrollo psicomotor en los niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios.

6.5 Justificación e importancia de la investigación

La presente investigación aportará a la comunidad científica al convertirse en un antecedente importante que asocia tanto la vía de parto con displasia de cadera y determinar la relación que existe entre ambas.

Asimismo, ayudará a la comunidad de profesionales de la salud a identificar si la vía de parto por la que el bebé nace es una de las posibles causas asociadas a la aparición de la displasia; para así detectar de forma temprana y tratarla con mayor probabilidad de un pronóstico favorable.

Además, será de importancia para los padres de familia ya que les dará criterios al momento de tener que decidir junto la vía de parto por la que nacerá su bebé. Todo lo antes indica hace que este estudio tenga gran trascendencia.

Esta investigación es viable y tiene como fundamento principal saber cuál es la relación que existe entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios, por lo tanto, los aportes serán de gran ventaja para brindar información acerca de esta patología, de la terapia que reciben, de igual manera esta investigación aportará información confiable para la realización de nuevas investigaciones.

6.6. definición y Operacionalización de variables

Definición de Vía de parto: vía de parto es el canal mediante el cual nace el bebé; se dividen en Parto Vaginal, también denominado parto normal o natural; y Parto Abdominal, también conocido como cesárea.

Definición de Displasia de cadera: es una alteración en el desarrollo y relación anatómica de los componentes de la articulación coxo-femoral que comprende al hueso iliaco, fémur, capsula articular, ligamentos y músculos.

Operacionalización de las variables.

Operacionalización de variable independiente

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ÍNDICES	INSTRUMENTO
V1. VARIABLE INDEPENDIENTE:	Es el canal	canal del parto	Parto Vaginal	Controles durante el embarazo	Si - No	
Vía de Parto	mediante el cual nace recién nacido	desde el útero hasta el exterior	Parto Abdominal	Posición del bebé Tipo de parto Con complicaciones/ sin complicaciones	Cefálico - Podálico Natural – Cesárea Si – no	Encuesta - cuestionario

Fuente: Elaboración propia.

Operacionalización de variable Dependiente

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ÍNDICES	INSTRUMENTO
V2. VARIABLE DEPENDIENTE: Displasia de Cadera	Alteración en el desarrollo y relación anatómica de los componentes de la articulación coxo- femoral que comprende al hueso iliaco, fémur, capsula articular, ligamentos y músculos	Término que hace referencia a la presencia de un amplio espectro de anormalidades en la conformación de la cadera	Factores	Edad	12 – 24 meses 25 – 36 meses 37 – 49 meses 50- 60 meses	Encuesta - cuestionario
				Género	Femenino Masculino	
				Antecedentes familiares	Si - No	
				Tiempo que caminó en niño	1 año 2 años y medio 2 años 2 años a más	
			Desarrollo Psicomotor	Actividades Físicas	Correr Saltar Escalar NA	Ficha de Valoración
					Si - No	
					Si - No	
			Maniobra de Ortolani	Dificultad al realizar actividades físicas		Ficha de Valoración
				Displasia lado derecho		
				Displasia lado Izquierdo	Positivo/ Negativo	
				Displasia lado bilateral		

Fuente: Elaboración propia.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Tipo de investigación.

La investigación es del tipo cualitativa porque a partir de la observación se extrajeron descripciones sobre la realidad en estudio, mediante la cual se determinó cuál es la relación que existe entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños, se identificó cuál es la edad y el género que se ve afectado, se logró distinguir qué lado de la cadera es en la que se encuentra displasia según la maniobra de Ortolani y se analizó si la displasia de cadera causa retraso del desarrollo psicomotor en los niños.

7.2. Diseño de contrastación de hipótesis

El diseño de investigación es correlacional, transversal, no experimental; es correlacionar porque determina si dos variables coinciden en aumento o disminución de dos variables, es de corte transversal, debido a que el investigador conceptualiza la experiencia en un determinado tiempo, espacio, corporalidad y contexto racional.

El nivel de investigación es Descriptiva, porque en esta Investigación se busca destacar las características más importantes de la realidad estudiada para establecer la estructura de la misma.

7.3. Población y muestra

La población estuvo compuesta por 252 niños que asisten a la Clínica San Juan de Dios. El tipo de muestra es no probabilística, debido, a que el número de universo muestral es mínimo, puesto que, son 28 niños los que asisten a la terapia

por ser diagnosticados con displasia de cadera. La muestra se determinó considerando los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

Criterios de inclusión:

- Niños menores de 03 años que son diagnosticados con displasia de cadera y acuden a Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios.

Criterios de exclusión:

- Niños mayores de 03 años que son diagnosticados con displasia de cadera y acuden a Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios.
- Niños que asisten a Terapia Física y Rehabilitación en la en la Clínica San Juan de Dios, pero los padres no autorizan que formen parte de la presente Investigación.

7.4. Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó a través de los métodos de la encuesta y una ficha de Valoración con la maniobra de Ortonani. La encuesta permitió obtener información y sistematizarla a través de preguntas, el instrumento de la encuesta es el cuestionario de investigación, mayormente usado en la investigación descriptiva.

7.5. Análisis estadístico de los datos.

El procesamiento de datos se ha realizó a través del empleo de programas informáticos, como el SPSS versión 22, Excel 2013, permitiendo obtener los resultados para su posterior análisis.

VIII. RESULTADOS

8.1. Tablas y gráficos

TABLA 1 Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según edad de la madre

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20 – 25	8	28,6	28,6	28,6
26 – 30	8	28,6	28,6	57,1
31 – 35	4	14,3	14,3	71,4
36 – 40	8	28,6	28,6	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

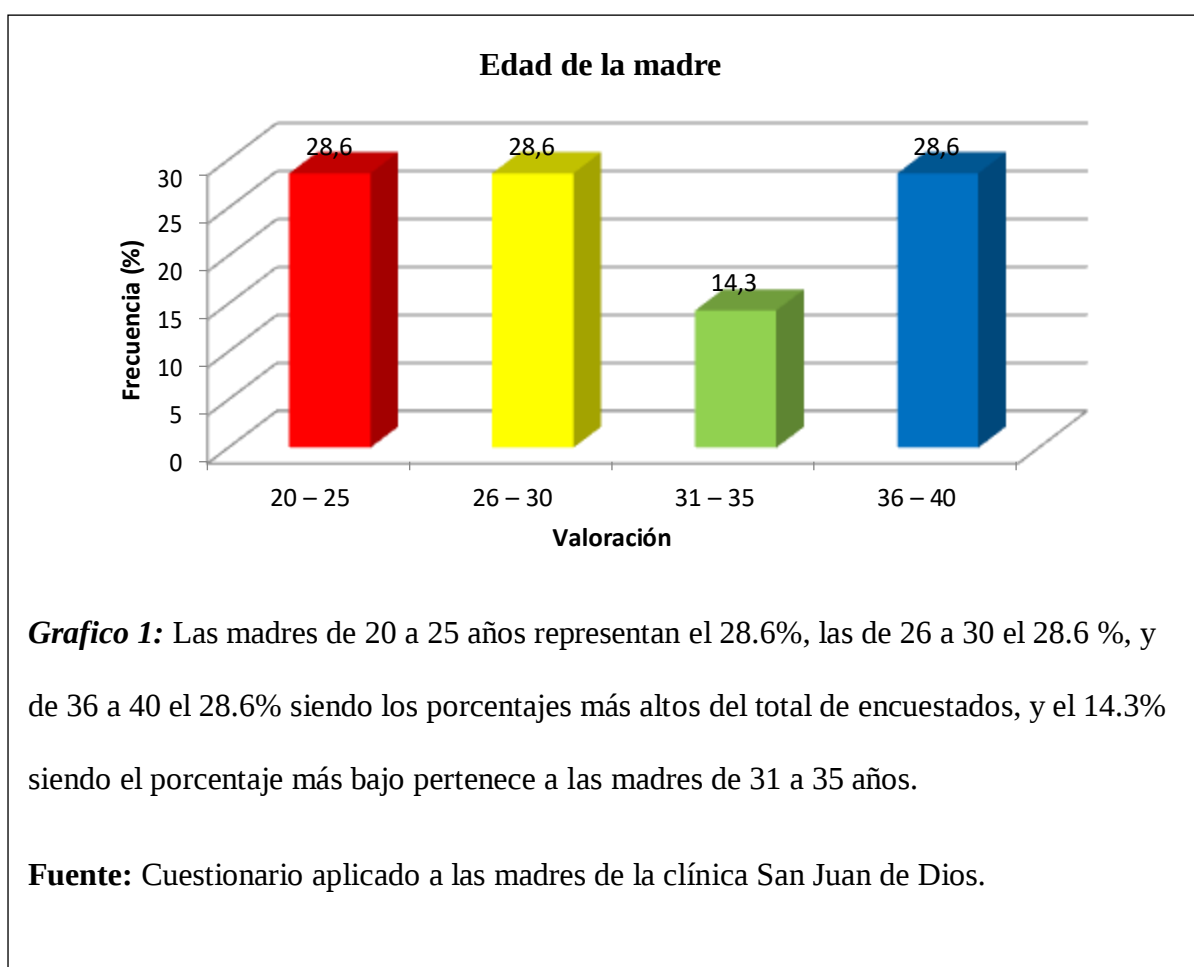


Tabla 2: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según Número de hijos

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 hijo	12	42,9	42,9	42,9
2 hijos	8	28,6	28,6	71,4
3 hijos	4	14,3	14,3	85,7
4 hijos	4	14,3	14,3	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

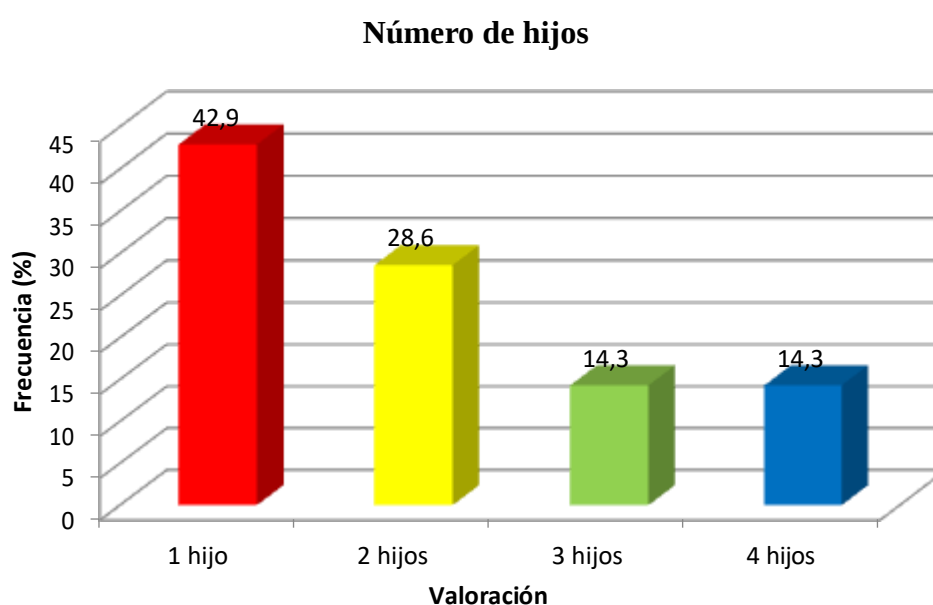


Gráfico 2: El 42.9% tienen 01 hijo, el 28.6 % tienen 02 hijos, el 14.3% tienen 03 hijos y el 14.3% tienen 04 hijos.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 3: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según controles durante el embarazo

Valoración	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	20	71,4	71,4	71,4
NO	8	28,6	28,6	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

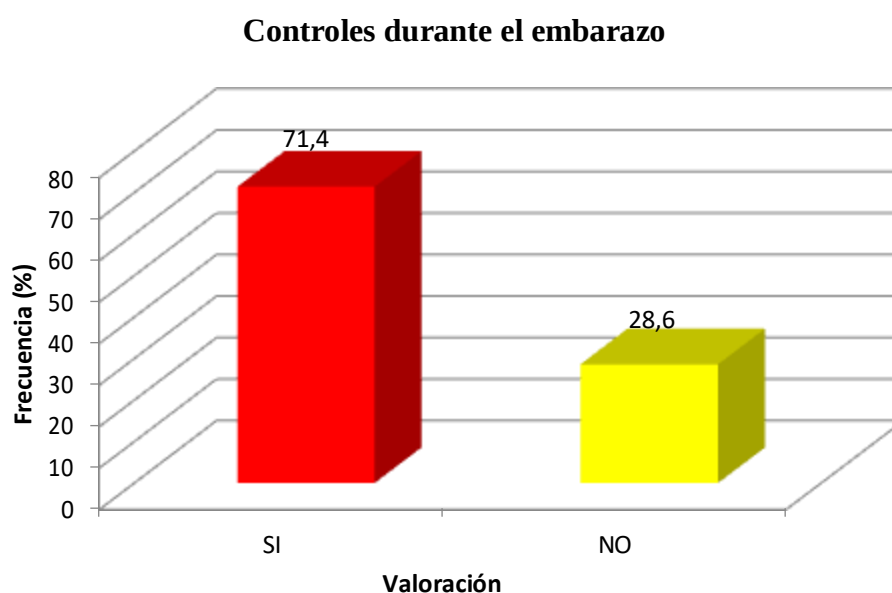


Gráfico 3: El 71.4% de las encuestadas llevaron su correcto control durante el embarazo y el 28.6% no llevaron sus controles consecutivamente.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 4: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según Posición del bebé

Posición del bebé	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cefálico	10	35,7	35,7	35,7
Podálico	18	64,3	64,3	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

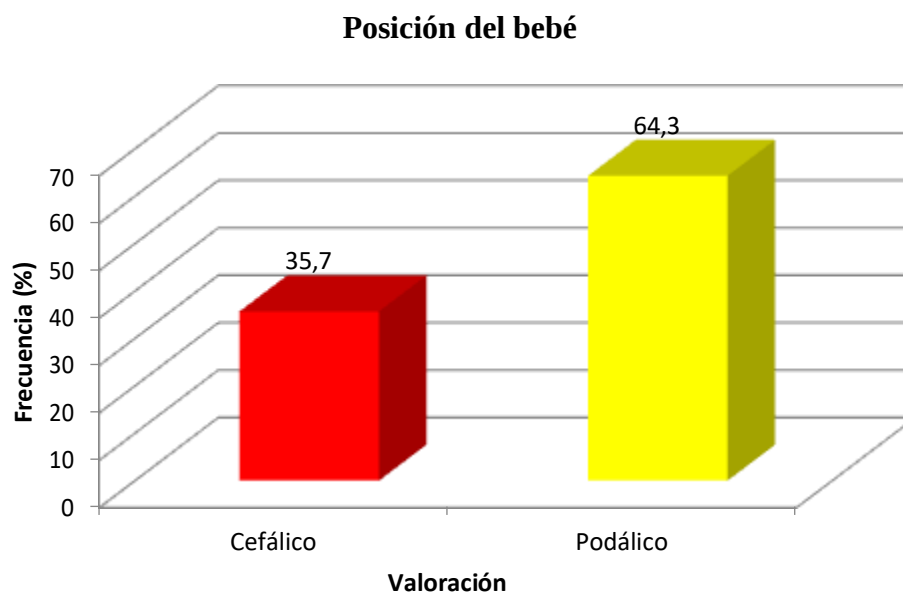


Gráfico 4: El mayor porcentaje de los encuestados es el 64.3% los cuales señalan que el bebé tenía posición podálica y el 35.7% restante la posición era cefálica.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 5: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según vías de parto

tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Natural (vaginal)	12	42,9	42,9	42,9
Cesárea (abdominal)	16	57,1	57,1	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

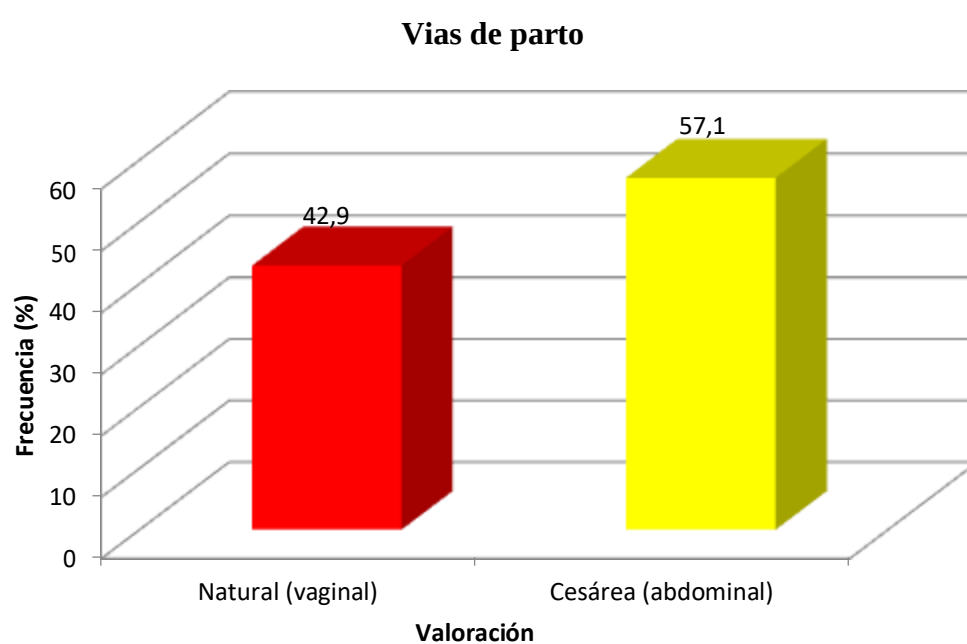


Gráfico 5: El mayor porcentaje de los encuestados es el 57.1% los cuales señalan que su parto fue por cesárea y el 42.9% tuvo parto natural.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 6: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según Parto complicado

Valoración	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	10	35,7	35,7	35,7
NO	18	64,3	64,3	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

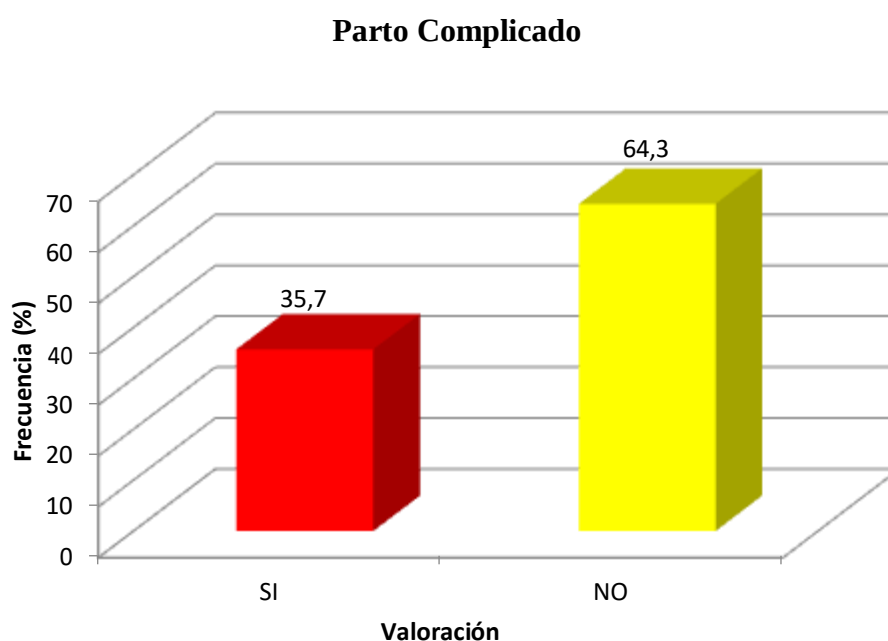


Gráfico 6: El 64.3% dice que su parto no fue complicado, mientras, que el 35.7% tuvo un parto complicado.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 7: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según antecedentes familiares

Valoración	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	23	82,1	82,1	82,1
No	5	17,9	17,9	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

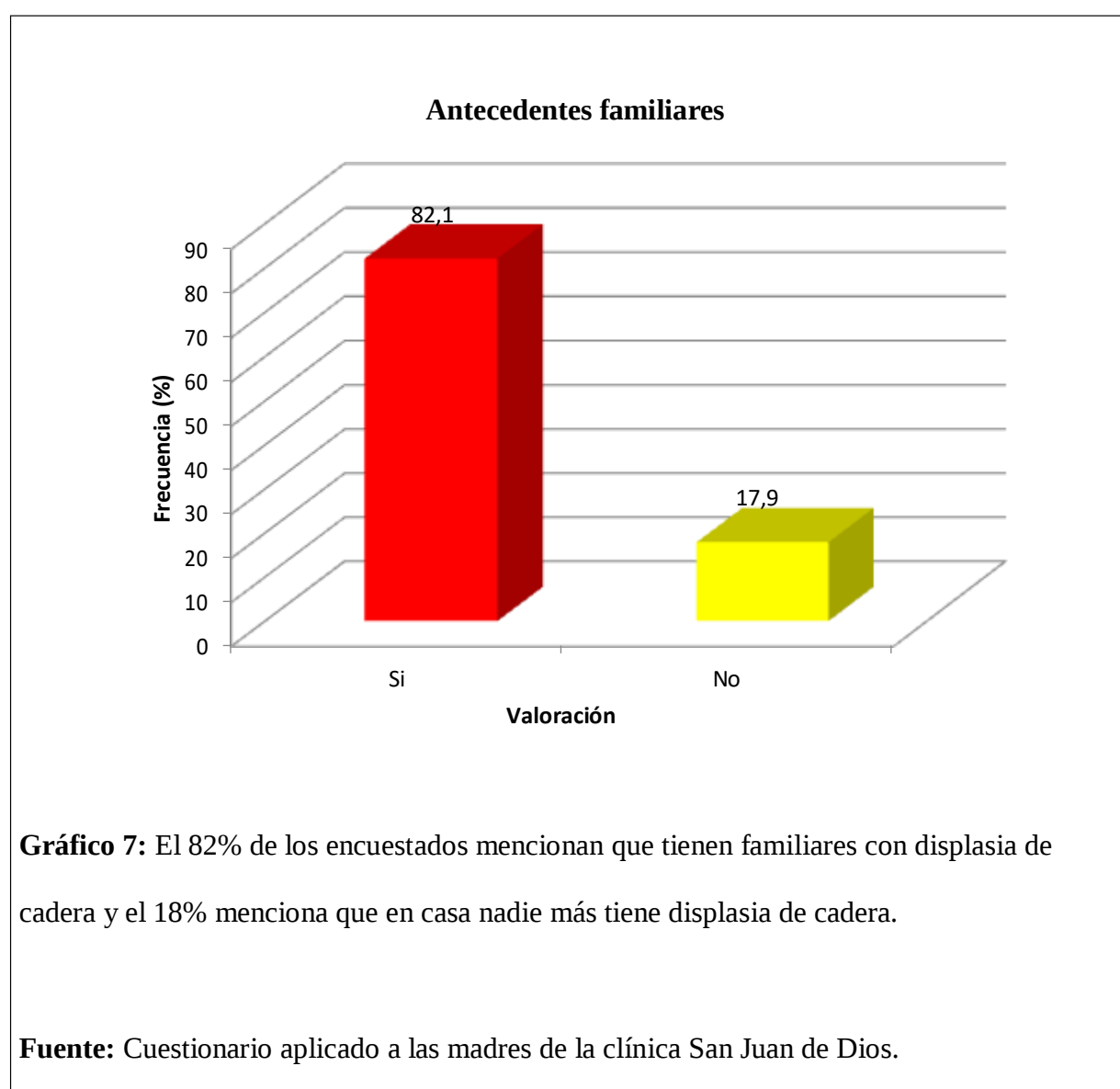


Tabla 8: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según edad del niño

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
12 – 24 meses	14	50	50	50
25 – 36 meses	12	42,9	42,9	92,9
37 – 49 meses	1	3,6	3,6	96,4
50 – 60 meses	1	3,6	3,6	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

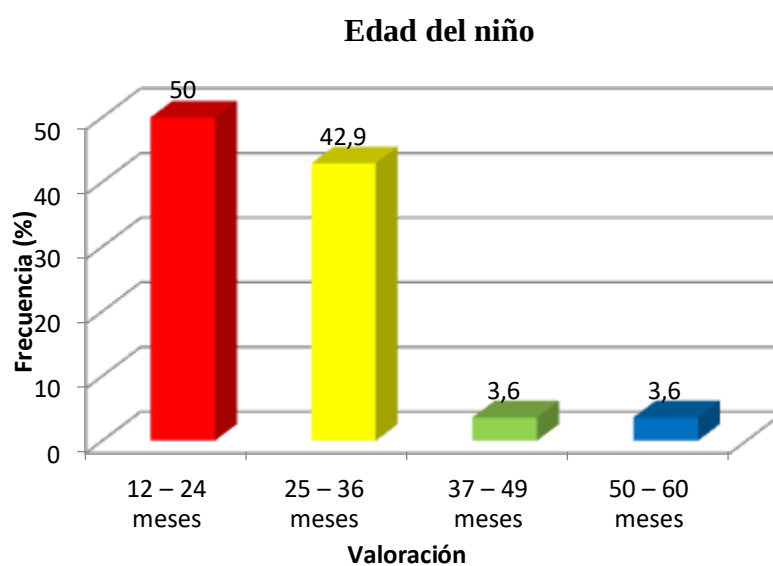


Gráfico 8: El mayor porcentaje en edad es de 12 a 24 meses representando el 50% del total de encuestados, los que pertenecen al grupo de 25 a 36 meses tienen un porcentaje de 42.9%, los de menor porcentaje en edad son los que pertenecen al grupo de 37 a 49 meses con un 03.6 % y los de 50 a 60 meses representando el 3.6%.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 9: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según género del niño(a)

Genero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	12	42,9	42,9	42,9
Femenino	16	57,1	57,1	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

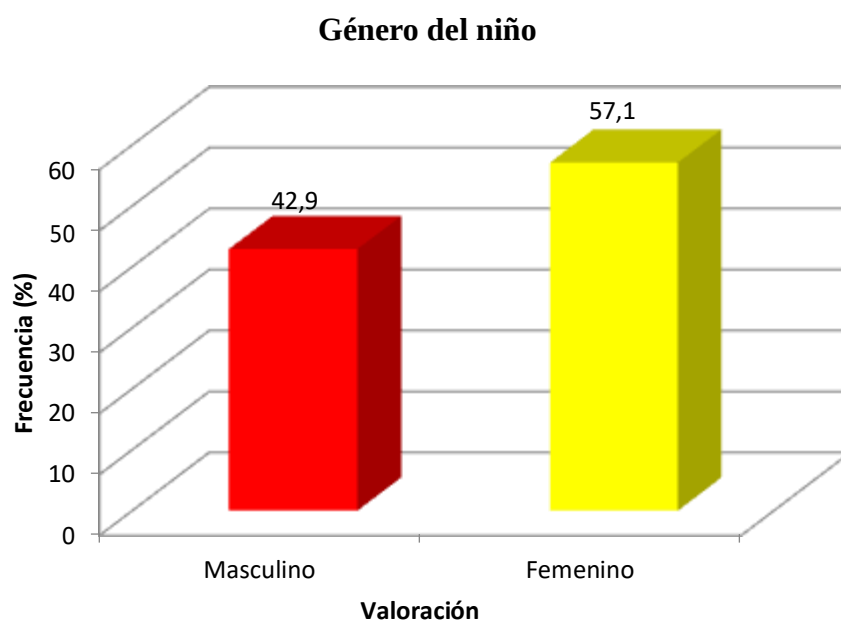


Gráfico 9: De los 28 encuestados, 16 representa el 57% son de sexo femenino, y 12 encuestados que equivale al 43% son de sexo masculino.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 10: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Lado de la displasia según Ortolani

Lado de displasia según ortolani	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Derecho	6	21,4	21,4	21,4
Izquierdo	12	42,9	42,9	64,3
Bilateral	10	35,7	35,7	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

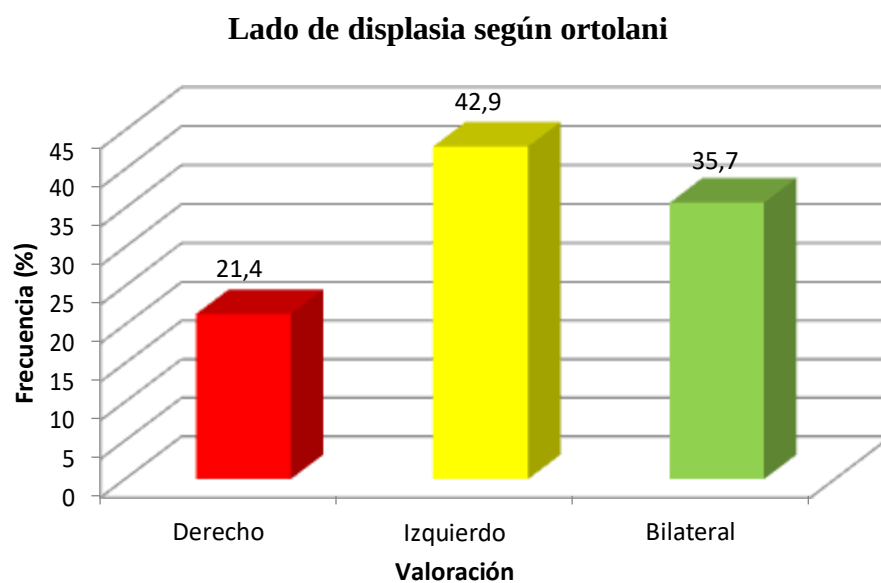


Gráfico 10: El mayor porcentaje es la displasia de lado izquierdo con 42.9%, continúa los de displasia bilateral con 35.7% y como menor porcentaje la displasia del lado derecho con 21.4%.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 11: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según Inicio de marcha en el niño

Inicio de marcha en el niño	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Al año	6	21,4	21,4	21,4
Año y medio	16	57,1	57,1	78,6
A los dos años	6	21,4	21,4	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

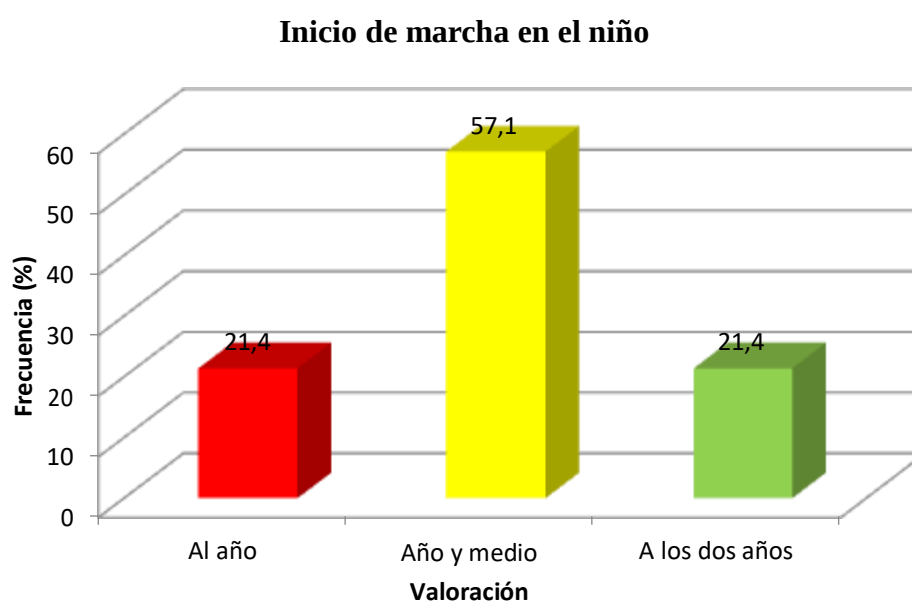


Gráfico 11: El mayor porcentaje de niños caminó al año y medio representando el 57.1% del total de encuestados, el 21.4% caminó al año y el 21.4 % caminó a los dos años.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 12: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Según actividades físicas realizadas por el niño

Actividades físicas realizadas por el niño	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Correr	8	28,6	28,6	28,6
Saltar	4	14,3	14,3	42,9
Escalar	8	28,6	28,6	71,4
Ninguna de las anteriores	8	28,6	28,6	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

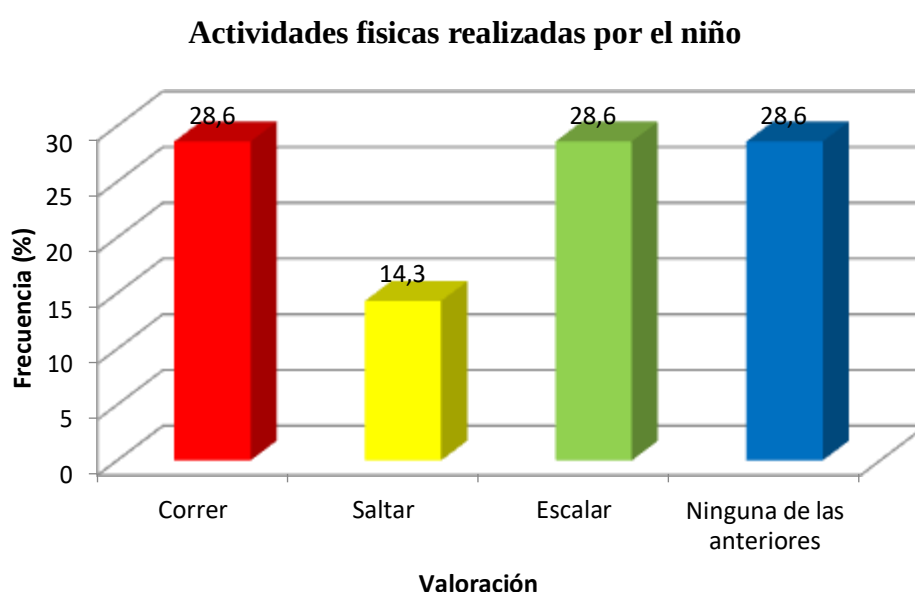


Gráfico 12: Las actividades físicas que realiza el niño son saltar, correr, escalar, siendo, el 28.6% de encuestados los que ya corren, en los 28.6% están los niños que ya escalan, el 14.3% de niños ya saltan, mientras, que el 28.6 % no realiza ninguna de las actividades mencionadas.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 13: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Actividades físicas realizadas con dificultad

valoración	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	10	35,7	35,7	35,7
No	18	64,3	64,3	100
Total	28	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

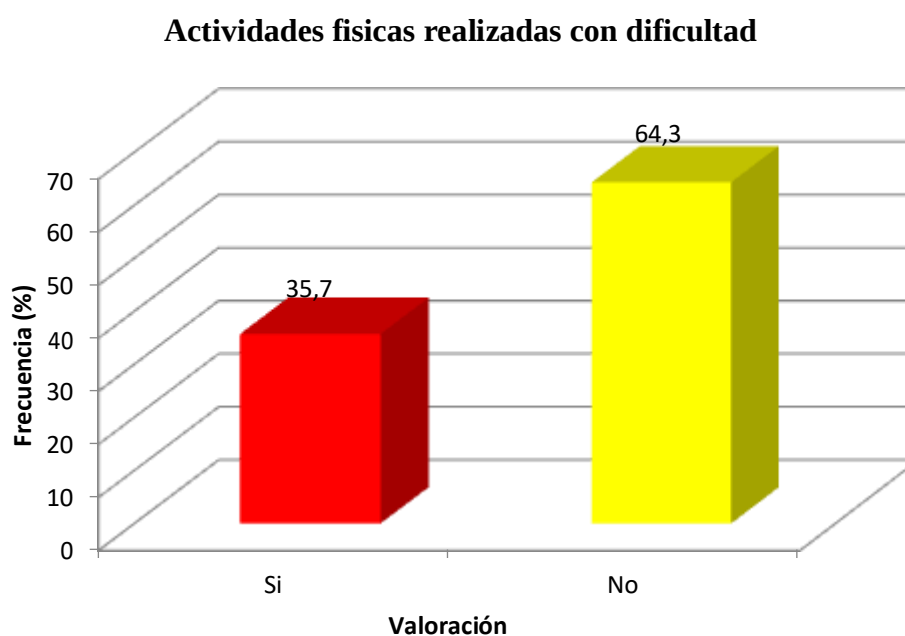


Gráfico 13: Las actividades físicas como saltar, correr, escalar, las realizan sin dificultad el 64.3% y el 53.7% realiza las actividades mencionadas con dificultad.

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de la clínica San Juan de Dios.

Tabla 14: Relación entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2019

Vías de Parto	Displasia de cadera	
	Maniobra de Ortolani	Posición del bebé al nacer
Parto Vaginal	42.9% niños con displasia	Cefálica 35.7%
Parto Abdominal	57.1% niños con displasia	Podálica 64.3%

Fuente: Elaboración propia

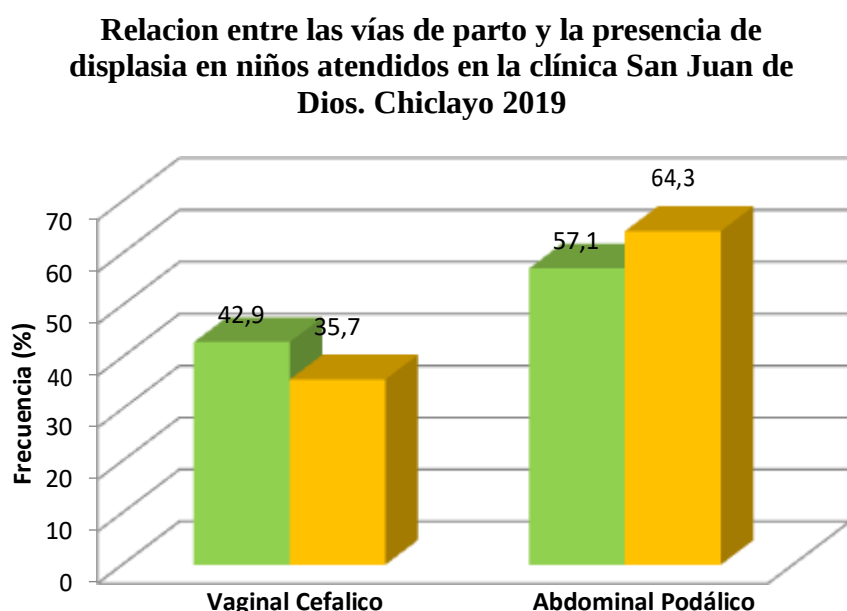


Gráfico 14: De acuerdo al estudio realizado, se determinó la relación directa que existe entre las vías de parto y la presencia de displasia en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios, dando como resultado que 12 niños nacieron vía vaginal, representado el 42,9% en posición cefálica representando el 35,7% con presencia de displasia de cadera; asimismo 16 niños nacieron vía abdominal (cesárea), representando el 57,1% en posición podálico representando el 64,3% con presencia de displasia de cadera. Ello indica que la causa común es nacimiento de bebe por cesárea y posición podálica.

Fuente: Elaboración propia.

IX. DISCUSIÓN

La presente Investigación tiene como objetivo principal Determinar cuál es la relación que existe entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios, mediante la encuesta aplicada al 100%, se llega a determinar la edad de las madres que se encuentran entre los 20 a 25 años son el 28.6%, las de 26 a 30 el 28.6 %, y de 36 a 40 el 28.6% siendo los porcentajes más altos del total de encuestados, y el 14.3% siendo el porcentaje más bajo de edad en madres de 31 a 35 años, de las cuales el 42.9% tienen 01 hijo, el 28.6 % tienen 02 hijos, el 14.3% tienen 03 hijos y el 14.3 % tienen 04 hijos, llevando su correcto control durante el embarazo el 71.4% y el 28.6% no llevaron sus controles consecutivamente, la posición en las que se encontraron los bebés antes del parto fue el 64.3% podálica y el 35.7% cefálica, el 64.3% dice que su parto no fue complicado, mientras, que el 35.7% tuvo un parto complicado. El mayor porcentaje de los encuestados es el 57.1% los cuales señalan que su parto fue por cesárea y el 42.9% tuvo parto natural, en el cual no se guarda relación con Cervantes, M.¹⁵, quién obtuvo como resultados que el 62,3% (81) fue de parto eutócico con prevaleció por encima de los nacidos por cesárea que alcanzaron el 30,8% (40).

De los objetivos específicos el primero fue analizar el género y la edad predominante, obteniendo como resultados que el 57% son del sexo femenino, y el 43% son de sexo masculino., guardando relación con la Investigación de Jiménez, L.¹⁰, donde, los resultados que obtiene fueron con mayor porcentaje de 57,7% de sexo femenino y el 42,3% de sexo masculino. La edad correspondiente de mayor porcentaje es de 12 a 24 meses representando el 50% del total de encuestados, los que pertenecen al grupo de 25 a 36 meses tienen un

porcentaje de 42.9%, los de menor porcentaje en edad son los que pertenecen al grupo de 37 a 49 meses con un 03.6 % y los de 50 a 60 meses representando el 3.6%, guardando relación con Cervantes, M.¹⁵, quien tuvo como resultado que la edad promedio de la muestra fue de $9,96 \pm 5,417$ meses, la edad mínima fue de 4 meses y la máxima de 23 meses, siendo el valor más repetitivo el de 5 meses; el grupo etario de mayor concentración fue el de 3 a 7 meses con 42,3% (55) y el de menor, fue el 13 a 17 meses con 10% (13).

Uno de los objetivos planteados en la presente Investigación fue Distinguir qué lado de la cadera es en la que se encuentra displasia según la maniobra de Ortolani, siendo, el mayor porcentaje es la displasia de lado izquierdo con 42.9%, continúa los de displasia bilateral con 35.7% y como menor porcentaje la displasia del lado derecho con 21.4%.

Como último objetivo se planteó analizar si la displasia de cadera causa retraso del desarrollo psicomotor en los niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios, obteniendo como resultado de mayor porcentaje de niños caminó al año y medio representando el 57.1% del total de encuestados, el 21.4% caminó al año y el 21.4 % caminó a los dos años, dentro de las actividades físicas que realizan los niños, el 28.6% corren, el 28.6% escalan, el 14.3% saltan, mientras, que el 28.6 % no realiza ninguna de las actividades mencionadas, de esas actividades el 64.3% las realizan sin dificultad y el 53.7% realiza las actividades con dificultad causando un retraso del desarrollo psicomotor, guardando relación con la Investigación de Ranilla, F.⁹, las conclusiones después de aplicar el test; muestra que el 76.6% de los niños tienen retraso del desarrollo psicomotor en los comportamientos postural – motor y cognitivo, el 66.7% tienen retraso del desarrollo psicomotor en el comportamiento personal-social

X. CONCLUSIONES

- La displasia de cadera guarda relación significativa con la vía de parto en los niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios.
- Al analizar el sexo y la edad predominante, se concluye que la displasia de cadera se da con más frecuencia en el sexo femenino y la edad más predominante de los que asisten a la Clínica San Juan de Dios son los de 12 a 24 meses y los de 25 a 36 meses.
- El mayor porcentaje es la displasia de lado izquierdo, continuando la displasia bilateral con menor porcentaje la displasia del lado derecho.
- La displasia de cadera trae consigo retraso del desarrollo psicomotor que se ve afectado al realizar sus actividades de la vida diaria como es la marcha, correr, saltar jugar, entre otras actividades.

XI. RECOMENDACIONES

- Que existan más Investigaciones acerca de la displasia de cadera, para poder sustentar la relación que guarda con las vías de parto.
- Que los datos obtenidos sean de gran ayuda para que los padres de familia profundicen más sus conocimientos y estar más atentos a lo que observan.
- Se considera esencial utilizar técnica de Ortolani para descartar el lado de displasia y recibir la terapia adecuada.
- Las personas diagnosticadas con displasia de cadera deben recibir el tratamiento adecuado para no tener más complicaciones futuras.

XII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OMS. (2010). Declaración de Fortaleza, recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: Tecnología apropiada para el parto. Brasil: Lancet
2. Casagrandi C, Perez P, Areces D. (2007). Tendencias de algunos indicadores relacionados a la Césarea. Revista Cubana Obstetricia & Ginecología.
3. Gonzales EM. (2011) Displasia del desarrollo de la cadera. Educación médica continua. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría.
4. Guerra R. (2009) Displasia del desarrollo de la cadera, en un centro de atención primaria. Revista de la Sociedad Bolivariana de Pediatría.
5. Caballero M. (2016) Prevalencia Y Factores Predisponentes De Displasia Del Desarrollo De Cadera En Lactantes Menores De 12 Meses Evaluados En El Servicio De Consulta Externa De Traumatología Pediátrica Del Hospital De Ventanilla. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina.
6. Pérez M. (2016). Displasia de cadera en pacientes pediátricos; a propósito de un caso. Soria, España: Universidad de Valladolid.
7. Rojas J. (2018). Prevalencia de signos radiológicos en el diagnóstico de displasia de cadera en infantes en la clínica San Miguel durante el año 2016. Lima: Universidad Alas peruanas. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/7612>
8. Sebastian, C (2017). Prevalencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios periodo abril 2013-2016 Lima. Lima: Universidad Alas peruanas. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/5033>
9. Ranilla, F (2015). Relación de la displasia congénita de cadera en el retraso del desarrollo psicomotor en los niños de 3 meses a 2 años en el Servicio de Terapia Física - Área de Niños del Hogar Clínica San Juan de Dios - CERI. Arequipa -

2014. Arequipa: Universidad Alas peruanas. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/522>
10. Jiménez, L (2018). Displasia del desarrollo de la cadera mediante radiografía en pacientes atendidos del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo período 2015 – 2016. Lima: Universidad Alas peruanas. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/7607>
 11. Nuñez Chambi, J (2015). Influencia de los factores de riesgo de displasia de cadera en el crecimiento y desarrollo - niños de 3 meses y 7 meses atendidos en la Micro Red San Martín de Socabaya, Arequipa, 2015. Arequipa: Universidad Alas peruanas Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/1643>
 12. Porras, K (2018). Hallazgo radiológico de displasia luxante de cadera en el Hospital Ramiro Priale Priale Essalud Huancayo - 2016. Huancayo: Universidad Alas peruanas Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/7601>
 13. Baca, J. (2018). Relación entre la displasia congénita de cadera en niños de 0 a 5 años de edad y los factores predisponentes en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, período marzo – mayo 2018. Abancay: Universidad Alas peruanas. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/7534>
 14. Salazar Espinoza, K. (2018). Prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera y factores asociados en niños atendidos en un hospital de Ventanilla – periodo 2. 013 – 2017. Lima: Universidad Alas peruanas. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/8260>
 15. Bombí I. (2001). Definición de Parto. Canal Salud MAPFRE.
 16. Quintana C, Etxeandía I, Rico R, Armendariz I, Fernández I. (2011.) Atención al Parto Normal. Vasco – España: 2nd ed. Vasco SCdPdG, editor.

17. Agencia de Cooperación Internacional del Japón. (2015.) Trabajo de Parto: Proyecto Salud Materno Infantil Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá. Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá: Agencia de Cooperación Internacional del Japón.
18. Moreno O, Felix C. (2006). Cesárea. In Bravo A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia. México: McGraw-Hill Interamericana
19. Canetti A, Shwartzman L. (2014). Crecimiento, desarrollo y bienestar infantil en condiciones de pobreza. Teorías, modelos e indicadores. Centro Interdisciplinario de Infancia y Pobreza (CIIP) - Espacio Interdisciplinario – Uruguay: UDELAR
20. Echeverry J. (2018). Operación Cesárea. Obstetricia de Alto Riesgo. Medellín – Colombia: In Ed. 6, editor.
21. Instituto Nacional de Salud del Niño. (2011). Guía de práctica clínica de la displasia del desarrollo de la cadera. Lima – Perú.
22. Cabero L, Cabrillo E. (2009) Finalización del embarazo con cesárea. In Saldivar C. Operatoria Obstétrica: una visión actual. Chapultepec - México: Editorial Medica Panamericana.
23. Gonzales de Prada E. (2011). Displasia del desarrollo de la Cadera. Educación médica continua. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría.
24. Moraleda J, Albinana J, Salcedo M, Gonzalez G. (2013). Displasia del desarrollo de la cadera. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
25. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2008). Guía Clínica: Displasia Luxante de Caderas. Series Guías Clínicas MINSAL.

26. Aoun S C, Aoun B R. (2009). Metodología para el diagnóstico precoz de la displasia del desarrollo de la cadera. Gaceta Médica de Caracas.
27. Mozo Valdivieso E. (2014). Morbilidad diferencia en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. España, Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

ANEXO N° 2: FICHA DE VALORACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica- Terapia Física y Rehabilitación

Objetivo general: Determinar cuál es la relación que existe entre las vías de parto y la presencia de displasia de cadera en niños atendidos en la Clínica San Juan de Dios.

FECHA: _____

EDAD DEL NIÑO: _____ **SEXO DEL NIÑO:** _____

LADO DE DISPLASIA DIAGNÓSTICADO: _____

LADO DE DISPLASIA SEGÚN ORTOLANI

DISPLASIA	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL
SI			
NO			

OBSERVACIONES:
