



UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE
TECNOLOGÍA MÉDICA

**Relación entre Displasia de cadera con el sexo y la edad mediante la maniobra
de Gallezi en niños de 0 a 12 meses de agosto - noviembre en el Hospital
Regional Eleazar Guzmán Barrón.**

Tesis para optar por el título de licenciada en tecnología médica
especialidad terapia física y rehabilitación.

Fátima Yuleitsy Casas Cárdenas

Asesor: Lic. Raúl Marín Chirre

Chimbote -Perú

2017

“Relación entre Displasia de cadera con el sexo y la edad mediante la maniobra de Gallezi en niños de 0 a 12 meses de agosto - noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.”

- **Palabras clave:** Displasia de cadera ,Maniobra de Gallezi
- **Key words:** Hip dysplasia, Gallezi maneuver

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen de la Puerta quienes me hicieron más fuerte en cada dificultad que se me presento

A mis padres que con su amor y dedicación me educaron y ayudaron en toda mi formación profesional

A mis profesores por sus enseñanzas y conocimientos a lo largo de estos años

DERECHO DE AUTORÍA

Autorizo a la Universidad San Pedro a reproducir el presente Informe de investigación, solo con fines didácticos.

La reproducción total o parcial del presente Informe con otros fines deberá ir con la autorización previa de los autores.

Bachiller: Casas Cárdenas Fátima

PRESENTACIÓN

La investigación que en las próximas líneas se describe, es el resultado final del primer escalón profesional de nuestras vidas, es por ello que para su realización fue necesaria mucha dedicación, entrega y amor.

Como autores, nos complace presentar nuestro Informe de Tesis titulado: “Relación entre displasia de cadera con el sexo y la edad mediante la maniobra de gallezi en niños de 0 a 12 meses de agosto noviembre en el hospital regional Eleazar guzmán barrón.” la cual fue desarrollado en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón contando con la colaboración del personal y pacientes del mismo.

En ella visualizaremos la eficacia del mencionado tratamiento y la importancia que ocupa al presentarlo como una de las mejores alternativas de tratamiento en estudio.

Señores Miembros del Jurado, esperamos que esta investigación sea evaluada y merecedora de su aprobación.

Siendo así, esperamos también, sea referente para futuras investigaciones, material de consulta para estudiantes y docentes y los resultados obtenidos sirvan para implementar este nuevo tratamiento en la solución terapéutica para estos casos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Palabras clave.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimiento.....	5
Presentación.....	7

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

Antecedentes y fundamentación científica	13
Justificación de la investigación.....	15
Formulación y planteamiento del problema.....	15
Marco teórico.....	16
Hipótesis.....	19
Objetivos.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivo Especifico.....	19

CAPITULO II MATERIALES Y METODOS

Tipo y diseño de la investigación.....	20
Población y muestra:	20
Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	21
Procesamiento de recolección de datos.....	21
Protección de los derechos humanos de los sujetos en estudio.....	22
Limitaciones del estudio	22

CAPITULO III PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Resultados	23
Discusión.....	36

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....	38
Recomendaciones.....	38
Referencias bibliográficas.....	39
Anexo n°1	
Consentimiento.....	40
Anexo n°2	
Ficha de recolección de datos.....	41
Anexo n°3	
Fotos.....	42

RESUMEN

El objetivo general del trabajo de investigación fue determinar la relación entre displasia de cadera con el sexo y la edad mediante la Maniobra de Galezi en niños de 0 a 12 meses de agosto noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. La displasia de cadera es una malformación congénita que se produce cuando la cabeza del fémur del niño y el acetábulo no encajan de una forma exacta y rotan en posición incorrecta. Entre todas las técnicas yo escogí la maniobra de Galezzi que se evalúa en decúbito supino y rodillas flexionadas, se observa que rodilla está más baja del lado afectado debido a un desplazamiento posterior de la cadera que presenta displasia. En este presente estudio se ha planteado el siguiente problema ¿Cuál es la Efectividad para evaluar la relación entre displasia de cadera con el sexo y la edad mediante la maniobra de Galezi en niños de 0 a 12 meses de agosto noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, el cual se lograra mediante los siguientes Objetivos Generales: Determinar si la maniobra de gallezi muestra relación entre displasia de cadera con el sexo y la edad en niños de 0 a 12 meses de agosto noviembre en el Hospital Regional Eleazar guzmán barrón. Y Objetivos Específicos: Identificar displasia de cadera en niños de 0 a 12 meses en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Estimar si la maniobra de Galezzi muestra relación entre displasia de cadera con el sexo en niños de 0 a 12 durante los meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

Palabras claves: displasia de cadera, maniobra de galezzi

ABSTRACT

The general objective of the research work was to determine the relationship between hip dysplasia with sex and age through the Galezzi Maneuver in children from 0 to 12 months of August in the Eleazar Guzmán Barrón Regional Hospital. Hip dysplasia is a congenital malformation that occurs when the head of the child's femur and acetabulum do not fit in an exact way and rotate in the wrong position. Among all the techniques I chose the Galezzi maneuver that is evaluated in the supine position and flexed knees, it is observed that the knee is lower on the affected side due to a posterior displacement of the hip that presents dysplasia. In this present study the following problem has been posed: What is the Effectiveness to evaluate the relationship between hip dysplasia with sex and age through the Galezzi maneuver in children from 0 to 12 months of August in the Eleazar Guzmán Regional Hospital Barrón, which will be achieved through the following General Objectives: Determine if the maneuver of Galezzi shows relationship between hip dysplasia with sex and age in children from 0 to 12 months of August in the Regional Hospital Eleazar Guzmán Barrón. And Specific Objectives: Identify hip dysplasia in children from 0 to 12 months in the Eleazar Guzmán Barrón Hospital. To estimate if the Galezzi maneuver shows a relationship between hip dysplasia and sex in children from 0 to 12 during the months of August - November at the Eleazar Guzmán Barrón Regional Hospital.

Keywords: hip dysplasia, galeazzi maneuver

I. INTRODUCCION

La Displasia del Desarrollo de Cadera (DDC) es una de las causas más importantes y prevenibles de discapacidad durante la infancia. Es una enfermedad que se presenta en niños menores de 01 año, pero puede tener consecuencias importantes en edad adulta, incluso puede llevar a osteoartrosis de cadera, y, por tanto, desembocar en invalidez en adultos jóvenes. La Displasia del Desarrollo de Cadera forma un espectro de anormalidades anatómicas de la articulación de la cadera que causan una alteración en la formación y desarrollo del fémur proximal, acetábulo y tejidos blandos en diferentes grados de presentación. Existen una serie de factores de riesgo que nos deben alertar de la sospecha de DDC. Para el diagnóstico es necesario realizar una buena exploración física y un adecuado seguimiento hasta la edad escolar. Es fundamental realizar un diagnóstico temprano para optimizar los resultados del tratamiento, disminuyendo así el riesgo de complicaciones. Actualmente la Displasia del Desarrollo de la Cadera existe prácticamente en todas las latitudes y etnias; aunque su distribución en algunas poblaciones es de forma escasa, como en las personas de piel negra de África, en las cuales su prevalencia es mínima

1.1 ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Caballero Sakibaru M. M. (2013) afirma: “que los factores de riesgo que inciden en la Displasia de la Cadera en Desarrollo, tales como: antecedente familiar en primer grado de consanguinidad, presentación podálica, sexo femenino. Lima – Perú: Universidad Ricardo palma

Sánchez Barrantes M. F. (2015) afirma:” la Prematuridad como factor de riesgo para desarrollar la displasia congénita de cadera. Lima-Perú: Upao

Luque Gutiérrez, G. N.(2016) Determinar cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la DDC en lactantes de 03 meses a 12 meses evaluados en consultorio externo de Traumatología del Hospital Central de Majes

M. M. Orak, T. Onay, S. A. Gümüştas, T. Gürsoy, H. H. Muratlı. En enero del 2015, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de investigar la Prematuridad como factor de riesgo para desarrollar displacia congénita de cadera, que incluye a todos niños nacidos entre agosto de 2012 y agosto de 2013. Obteniendo una población 495 niños de los cuales tenían una edad gestacional ≤ 34 semanas. Se incluyeron 221 (88 niñas, 39,8% y 133 varones, 60,2%) con una edad gestacional promedio de 31,11 semanas (24 a 34 y SD 2,51) y un total de 2402 nacieron a término, de éstos, 278 fueron evaluados y 246 (118 chicas; 48% y 128 niños; 52%) fueron incluidos en el estudio con una edad gestacional media de 40,2 semanas (39,7 a 40,9; SD 0,36). Donde encontraron como resultados que, para todos los niños, la correlación entre los ángulos α y β De las caderas derecha e izquierda fue estadísticamente significativa ($r = 0,669$; P19)

Chan A, McCaul K A, Cundy P J, Haan E A, Byron-Scott R. en el año 1997, realizo un estudio para identificar los factores de riesgo perinatales para displasia del desarrollo de la cadera, en el periodo 1986-1993, los datos de la madre y el bebé se han proporcionado de forma rutinaria en una forma de recolección de datos perinatal. Los datos incluyen: datos sociodemográficos e información sobre embarazos previos; Complicaciones médicas y obstétricas; Presentación y método de entrega; peso de nacimiento; gestación; anomalías congénitas; Y el resultado hasta los 28 días de edad. El presente estudio se realizó utilizando los 1127 casos nacidos vivos con displasia congénita de cadera en dicho periodo, que se utilizaron como casos y todos los 150 130 nacidos vivos sin ninguna anomalía congénita notificada en 13 periodo se utilizaron como controles. Se excluyeron los casos con anomalías asociadas mayores, ya que pueden tener otras etiologías, como las anomalías cromosómicas. Los resultados confirman en relación a presentación de nalgas, sexo femenino, oligohidramnios, primiparidad, alto peso al nacer, mayor edad materna post-madurez y residencia metropolitana como factores de riesgo para desarrollar displasia congénita de cadera, por tal motivo se ha sugerido que los factores de riesgo operan a través de la creciente presión sobre el feto o por la disminución de la resistencia a la luxación. Este estudio también encontró que el parto prematuro (<37 semanas de gestación), con un valor (OR: 0.51, IC 95%, 0.32-0.80) para las mujeres y un valor (OR: 0.25, IC 95%, 0.06-0.82) para los varones, siendo este valor menor que 1 y evidenciándose como un factor protector, reduciendo el riesgo de desarrollar displasia congénita de cadera (58%). Explicando que puede estar relacionado con la mayor movilidad del feto más pequeño en un volumen relativamente mayor de líquido amniótico.

Dr. Luis Miguel Pérez Hernández, Dr. Alberto Mesa Olán, Dr. Ragnar Calzado Calderón y Dra. Caridad Pérez Charbonier 2013 realizaron un análisis de la importancia de esta entidad patológica en cuanto a concepto, diagnóstico y tratamiento para su mejor comprensión en la atención primaria, con el objetivo de detectar precozmente la afección y disminuir complicaciones futuras. La importancia de la displasia del desarrollo de la cadera en la Ortopedia persiste, porque el problema se inicia en la infancia y cuando está establecido su solución es más compleja cuanto mayor es la edad. Tiene además, múltiples variantes en las distintas etapas del desarrollo y es imperioso insistir en que para su solución integral se requiere del médico ortopédico y la cooperación de varios especialistas como el obstetra, el médico general integral, el pediatra y la enfermera. Estimulados por esta complejidad se consideró pertinente transmitir ciertas consideraciones acerca de esta entidad para contribuir a su mejor manejo y comprensión desde la atención primaria.¹

Luque Gutierrez, Gremy Nadeshe 2017 afirma que la displasia de cadera es una patología frecuente con factores asociados reconocidos. Objetivo: Determinar cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la DDC en lactantes de 03 meses a 12 meses evaluados en consultorio externo de Traumatología del Hospital Central de Majes, durante el año 2016. Métodos: Se recolectaron los datos obtenidos de las historias clínicas, de los pacientes con DDC atendidos en consulta externa que cumplieron los criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva. Resultados: Se encontraron 137 niños con DDC; el 36.50% de casos fueron varones y 63.50% mujeres, con edad predominante de 3 a 4 meses (33.58%). El 97.81% de niños fueron de raza mestiza. La procedencia era de Majes en 46.72% de casos, 24.82% eran de Juliaca y 13.87% de Puno, con 10.22% de casos procedentes del Cusco. El nivel socioeconómico fue bajo en 90.51%. Al momento de nacimiento 89.78% tuvieron presentación cefálica, en 32.85% se trató de primigestas, 9.49% tuvo oligohidramnios y en 8.76% la presentación fue pelviana. El 0.73% de niños eran adelgazados, 55.47% eran eutróficos, 29.20% tenían sobrepeso y 14.60% obesidad. En el 28.47% de casos hubo antecedente familiar de DDC. Hubo asimetría de pliegues en 81.75% de niños, el signo de Ortolani fue positivo en 41.61% y el de Barlow lo fue en 17.52%. Entre las características radiográficas, la determinación del ángulo acetabular fue menor a 30° en la cadera derecha en 23.36% de casos, en la cadera izquierda en 54.74% y en ambas caderas en 5.84%, con hallazgos normales en 16.06% de casos. Conclusiones: La displasia de cadera es un trastorno frecuente con factores predisponentes conocidos que muestra mejoría radiográfica a los 6 meses de edad.

1.2 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Se sabe en la actualidad que la displasia del desarrollo de la cadera existe prácticamente en todas las latitudes y etnias; aunque en algunas, de forma escasa, como en las personas de piel negra de África. En el mundo, la relación de aparición de esta entidad es aproximadamente de 1-2 por 1 000 nacidos vivos. En Alemania, la displasia aparece entre el 2-4 % de los recién nacidos. En Chile, tiene una incidencia de 7 por 10 000. En los indios americanos, la relación es de 30 por 1 000. En Cuba, la relación es de aproximadamente 3-4 x 1 000 nacidos. La displasia en el desarrollo de la cadera es más frecuente en el sexo femenino (3-8 niñas por cada varón aparece más en la cadera izquierda que en la derecha (60 % izquierda y 40 % derecha). La predominancia en el lado izquierdo está condicionada por el mecanismo de producción en los fetos con presentación pelviana. Dado que en nuestra sociedad los casos de displasia de cadera en niños de 0 a 12 meses están en aumento. Lic. Norma Tapia responsable del área de niños Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón (comunicación personal 27 de julio del 2017)

1.3 FORMULACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presentación de la displasia de cadera en los centros de terapia es cada vez más frecuentes debido a factores socioculturales, nutricionales, perinatales y tratamientos no supervisados, hecho que implica alteraciones a nivel muscular, esquelético y articular esto con llevan al niño a mecanizar actitudes de tipo compensatorio con relación a posiciones estáticas y dinámicas, ocasionando limitaciones en su motricidad y desequilibrio,

Para abarcar el tratamiento fisioterapéutico de esta patología se utiliza un tratamiento convencional a base de ejercicios y fortalecimiento.

Una alternativa para lograr una mejor recuperación es la nueva maniobra llamada Galezzi que han permitido una evaluación rápida Encontrándose a nivel mundial reducidos trabajos investigatorios destinados al estudio de la eficacia en la aplicación nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre displasia de cadera con el sexo y la edad mediante la maniobra de Gallezi en niños de 0 a 12 meses de agosto - noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón?

1.4 MARCO TEORICO

Displasia de cadera, según: Duran Sarmiento, María San Cristóbal, Junio de 2008

Anatomía de la cadera

La cadera está formada por dos huesos llamados iliacos o coxales, fuertemente soldados entre sí por delante y unidos hacia atrás por el sacro.

Se dice que el hueso iliaco es plano, y este articula con el sacro, el cual hace función de cuña entre los dos iliacos. La unión de estos constituye el cinturón pélvico, donde están alojados órganos muy importantes para nuestras vidas. Como detalles interesantes nombramos la cavidad cotiloidea; que es una cavidad esférica destinada al alojamiento de la cabeza femoral, para formar la articulación de la cadera.

Alteraciones Oseas según: Dr. Fernández Gurumeta 2015

Malformaciones congénitas

Artrosis: Con el paso del tiempo y la realización de movimientos repetitivos, se va produciendo un desgaste del cartílago de la cadera que se convierte en una enfermedad degenerativa que conocemos como artrosis. Además de la edad y el sexo (más frecuente en hombres que en mujeres), otros factores como la sobrecarga, la obesidad, los traumatismos, la poca actividad física o la herencia genética también influyen en la aparición de la enfermedad.

Bursitis: Igual que en otras articulaciones, en la cadera tenemos una bolsa (bursa) que contiene líquido sinovial y que sirve para amortiguar el "choque" entre huesos y tendones. Cuando esta bolsa se inflama, se produce una bursitis, traumatismos, presión continuada, actividades deportivas, infecciones, gota, diabetes o artritis reumatoide son algunas de las causas que pueden producir este daño en la bursa.

Luxaciones: cuando, los extremos de los huesos que deberían estar encajados en las articulaciones (fémur y pelvis), se salen de su sitio normal. Es lo que también se conoce como "dislocación" y suele producirse como consecuencia de accidentes en los que la cadera sufre un impacto muy fuerte y seco.

Alteraciones capsulo-ligamentosas según Oscar Salazar O.

Ligamentos iliofemorales: Se halla localizado en la superficie anterior de la articulación y se divide en dos haces:

Ilio femoral superior: se trata del ligamento más fuerte de la articulación, se extiende desde la espina iliaca antero inferior hasta fijarse en el extremo superior de la línea intertrocanterea del fémur.

Ilio femoral inferior: se extiende desde la espina iliaca antero inferior hasta fijarse en el extremo inferior de la línea intertrocanterea del fémur.

Ligamento pubofemoral: localizado en la superficie anterior de la articulación, se extiende desde la línea iliopectínea y en la rama superior del pubis, en su trayecto se fusiona con la capsula articular hasta fijarse en el extremo inferior de la línea intertrocantérea del fémur.

Ligamento isquiofemoral: ubicado en la parte posterior de la articulación, se extiende desde la parte posterior de la superficie articular y rodete cotoilodeo, sus fibras se dirigen en sentido superior y externo hasta insertarse en la superficie interna del trocánter mayor.

Ligamento redondo: se trata de un ligamento intraarticular, que se extiende desde la escotadura isquiopúbica del coxal hasta insertarse en la cabeza del fémur, aproximadamente mide 3cm y se aloja en el trasfondo de la cavidad cotoilodea junto con un paquete de tejido adiposo ubicado en este sitio.

Concepto de displasia de cadera

La articulación de la cadera o coxofemoral relaciona el hueso coxal con el fémur, uniendo por lo tanto el tronco con la extremidad inferior. Junto con la musculatura que la rodea, soporta el peso del cuerpo en posturas tanto estáticas como dinámicas.

Esta articulación se clasifica como enartrosis de tipo diartrosis, y se caracteriza porque las dos superficies articulares que intervienen son esféricas o casi esféricas, una cóncava y otra convexa, permitiendo una gran movilidad.

La articulación está envuelta por una cápsula fibrosa, la cápsula sinovial. La cubierta interna de esta cápsula es la membrana sinovial que produce el líquido sinovial, el cual facilita los desplazamientos de las superficies de los dos huesos.

Movimientos de cadera Según: A.R., Lorena 2014

Los movimientos que puede realizar la articulación coxofemoral son:

Flexión. Los principales músculos que la posibilitan son el psoas y el ilíaco. Tomamos como referencia el eje transversal. Está limitado porque el muslo llega a topar con el abdomen o por la tensión en los isquiotibiales si la rodilla está extendida. 120° máximo si la rodilla está flexionada.

Extensión. El músculo principal es el glúteo mayor, pero participan también los isquiotibiales. El ángulo máximo es de 20°, limitado por la tensión del ligamento ileofemoral.

Aducción. Este movimiento dio nombre a los principales músculos que participan en él, los aductores (largo, corto y mayor). La contracción de los aductores es esencial para caminar, correr o andar a la pata coja.

Abducción. Este movimiento se da si se contraen los músculos glúteos medio y menor.

Rotación. La rotación medial (hacia dentro, hacia el plano sagital) depende de los músculos glúteo medio y menor, y está limitado por la tensión de los rotadores laterales y el ligamento en la rotación lateral participan una gran variedad de músculos (piriforme, obturador interno y externo, géminos, cuadrado femoral, glúteo mayor y sartorio). En la rotación lateral el factor limitante es la tensión de los rotadores medios y del ligamento ileofemoral.

Circunducción. Este movimiento es una combinación de casi todos los anteriormente mencionados.

Biomecánica de la cadera según: Duran Sarmiento, María San Cristóbal, Junio de 2008

Flexión:

Flexión activa con la rodilla extendida: 90°

Flexión activa con la rodilla flexionada: 120°

Flexión pasiva con la rodilla flexionada: 140°

Flexión pasiva con la rodilla extendida: menor que los anteriores.

Extensión: La amplitud de la extensión de la cadera es mucho más reducida que la de la flexión ya que se halla limitada por la tensión que desarrolla el ligamento iliofemoral.

Extensión activa con la rodilla extendida: 20°

Extensión activa con la rodilla flexionada: 10°, esto es debido a que los músculos isquiotibiales pierden su eficacia como extensores de la cadera por haber empleado una parte importante de su fuerza de contracción en la flexión de la rodilla.

Extensión pasiva: 20°, tiene lugar al adelantar un pie, inclinando el cuerpo hacia delante mientras el otro permanece inmóvil.

Aducción: la aducción pura no existe, sino movimientos de aducción relativa: aducción combinada con extensión de cadera y aducción combinada con flexión de la cadera. En todos los movimientos de aducción combinada, la amplitud máxima de la aducción es de 30°. En esta posición, la estabilidad de la cadera es mínima.

Abducción: la abducción lleva al miembro inferior en dirección hacia fuera y lo aleja del plano de simetría del cuerpo. En abducción máxima, el ángulo que forman los dos miembros inferiores es de 90°, de lo cual se deduce que la amplitud máxima de la abducción de una cadera es de 45°. Algunas personas entrenadas pueden conseguir una abducción de 180°, pero en este caso está en abducción-flexión.

Rotación: la rotación externa es el movimiento que conduce la punta del pie hacia fuera. La rotación interna lleva la punta del pie hacia dentro. La posición de referencia, mediante la cual estudiamos la rotación, se obtiene estando en decúbito prono y la pierna en flexión de 90° sobre el muslo. En esta posición se puede dar una rotación interna de 30° y una rotación externa de 60°.

1.5 HIPÓTESIS

Ho: La maniobra de Gallezi no muestra relación entre displasia de cadera con el sexo y la edad en niños de 0 a 12 meses de agosto noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón.

H1: La maniobra de Gallezi si muestra relación entre displasia de cadera con el sexo y la edad en niños de 0 a 12 meses de agosto noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 General

Determinar si la maniobra de Gallezi muestra relación entre displasia de cadera con el sexo y la edad en niños de 0 a 12 meses de agosto noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón.

1.6.2 Especifico

Estimar si la maniobra de Galezzi muestra relación entre displasia de cadera con el sexo en niños de 0 a 12 durante los meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

Estimar si la maniobra de Galezzi muestra relación entre displasia de cadera con la edad en niños de 0 a 12 durante los meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo

No experimental, porque no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador

Prospectivo, porque los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición

Corte transversal

Diseño

Cuasi Experimental, longitudinal

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población

La población en estudio está constituida por 50 niños del área de medicina física de 0 a 12 meses en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón

Muestra

La población en estudio está constituida por 30 niños del área de medicina física de 0 a 12 meses En el Hospital Eleazar Guzmán Barrón

No probabilístico no intencionado

Criterios de Inclusión

Pacientes de ambos sexos, con edades entre los 0 a 12 meses de edad, que padezcan de displasia de cadera

Criterios de Exclusión

Pacientes que padezcan de enfermedades degenerativas

2.3 MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El método de recolección de datos que utilizamos en nuestra investigación es de observación directa.

Técnica

Maniobra de Galezzi: se debe al acortamiento de una extremidad, se manifiesta por la distinta altura a la que se encuentran las rodillas cuando se juntan los pies del niño colocado en decúbito supino, estando flexionadas las caderas y rodillas

Instrumento

Ficha de recolección de datos

2.4 PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitará una carta de la escuela de Tecnología Médica para presentar a la institución (Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón), donde se desarrollará dicho proyecto.

Después de haber sido aceptados por dicha institución, se procederá a coordinar con el director, los horarios y las fechas que se asistirá para evaluar a los pacientes que colaboraran en dicho proyecto.

Posteriormente se procederá a realizar el consentimiento informado para los pacientes en la cual consiste en explicarles cual es la importancia, la finalidad y sus derechos que tienen en calidad de participantes.

Procedimiento técnico:

Se aplicará los test de evaluación a los participantes en la cual consiste en darle una explicación e indicaciones de como procederán a desarrollar. También se estará observando a los participantes que respondan individualmente y adecuadamente a las preguntas y se recogerán los datos mediante una ficha.

2.5 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO.

La aplicación de los principios generales a la conducción de la investigación conduce a considerar los siguientes requerimientos: consentimiento informado; valoración riesgo/beneficio y selección de los sujetos de investigación.

Consentimiento informado:

El respeto por las personas exige que, a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado.

No hay duda sobre la importancia del consentimiento informado, pero persiste una polémica sobre su naturaleza y posibilidad; no obstante, hay acuerdo amplio en que el proceso del consentimiento contiene tres elementos: 1. Información 2. Comprensión 3. Voluntariedad.

2.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Ante una nueva propuesta no experimentada con anterioridad por parte de las madres de familia en el Hospital regional Eleazar Guzmán Barrón existió rechazo de algunos niños seleccionados como muestra de la presente investigación.

El llanto de unos cuantos bebés en plena evaluación dificultó el término del test.

Análisis:

Durante el periodo de estudio comprendido por un total de población de 50 pacientes, se atendió una muestra de 30 pacientes con Displasia de cadera siendo evaluados mediante la maniobra de Galezzi, utilizando una Ficha de Evaluación Fisioterapéutica diseñada por la autora y validada por 3 Licenciados de la especialidad. La muestra estuvo comprendida por pacientes de edades entre 0 a 12 meses

Resultados:

Tabla1: Displasia de cadera en niños de 0 a 12 meses en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón según su sexo

Sexo	Niños	%
Femenino	20	60
Masculino	10	40
TOTAL	30	100

Fuente: Ficha de evaluación

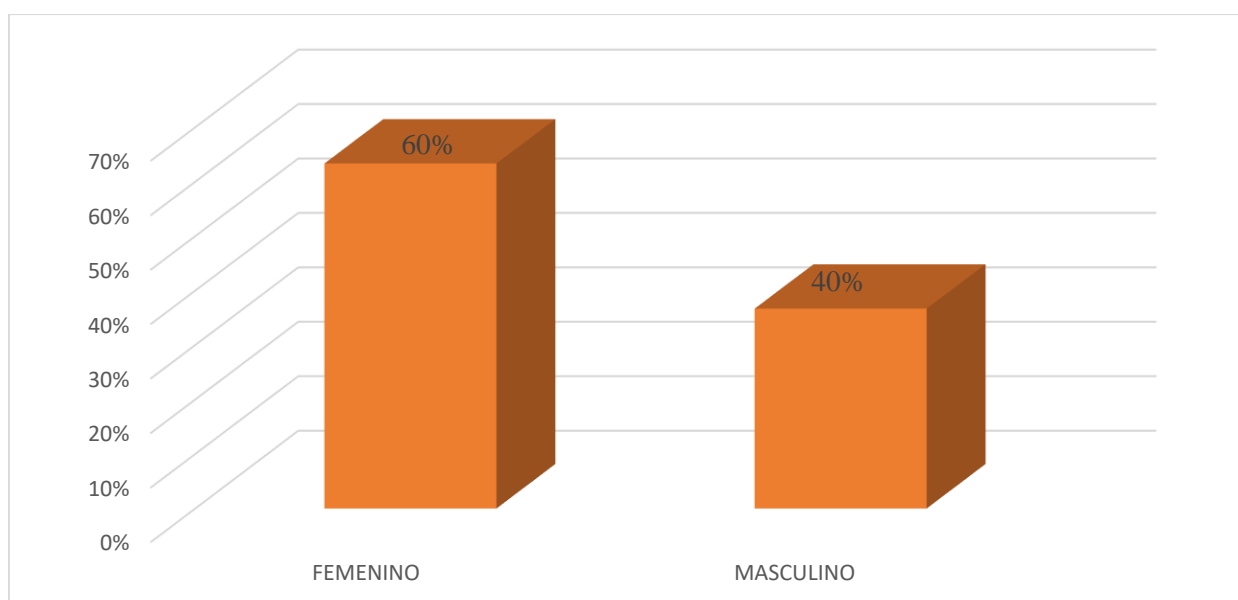


Figura1. Porcentaje de Displasia de cadera en niños de 0 a 12 meses en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón según sexo

Fuente tabla 1 En la tabla 1 y figura 1.: se observa que el 60% de niños de 0 a 12 meses en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón según su sexo son femeninos y en 40% son masculinos

Tabla 1.1: Displasia de cadera en niños de 0 a 12 meses en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón según su tono muscular

Tono Muscular	Niños	%
Hipotonía	18	60
Hipertonía	12	40
TOTAL	30	100

Fuente: Ficha de evaluación

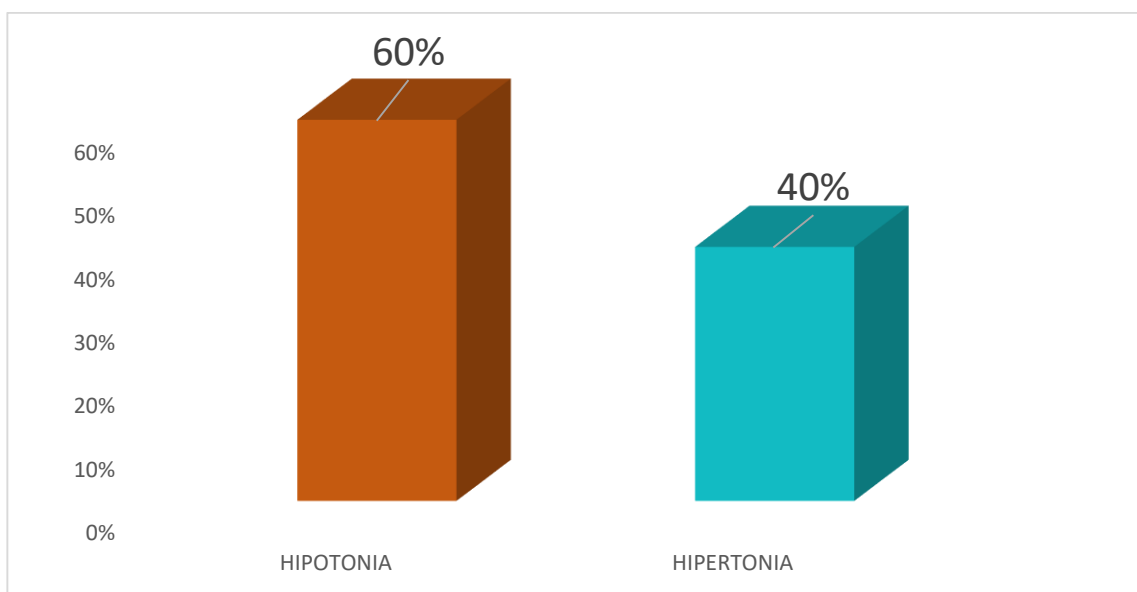


Figura 1.1. Porcentaje de Displasia de cadera en niños de 0 a 12 meses en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón según su tono muscular

Fuente tabla 1.1

En la tabla 1.1 y figura 1.1: se observa que el 60% de niños de 0 a 12 meses en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón según su tono muscular presentan hipotonía y en 40% presentan hipertonía.

Tabla 1.2.: Evaluar a los niños con displasia de cadera mediante maniobra de Gallezi sus pliegues en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Pliegues	Niños	%
Asimétrico	12	40
Simétrico	18	60
TOTAL	30	100

Fuente: Ficha de evaluación

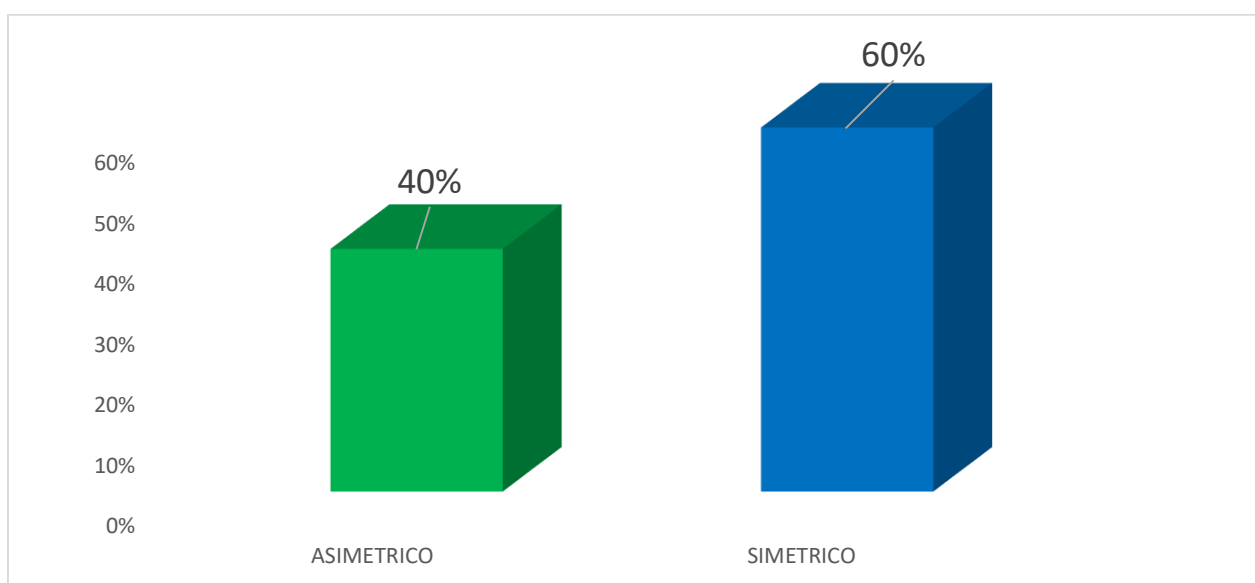


Figura 1.2 Porcentaje de niños con displasia de cadera según sus pliegues de pacientes atendidos en el hospital regional Eleazar Guzmán barrón

Fuente tabla 1. 2

En la tabla 1.2 y figura 1.2: se muestra el porcentaje según sus pliegues de los pacientes atendidos encontramos que en un 40% presentan pliegues asimétricos y en 60% presentan pliegues simétricos

Tabla 1.3: Evaluar a los niños con displasia de cadera mediante maniobra de gallezi su cresta iliaca en el Hospital Regional Eleazar Guzmán barrón

Cresta iliaca	Niños	%
Abierta	14	46.7
Cerrada	16	53.3
TOTAL	30	100

Fuente: Ficha de evaluación

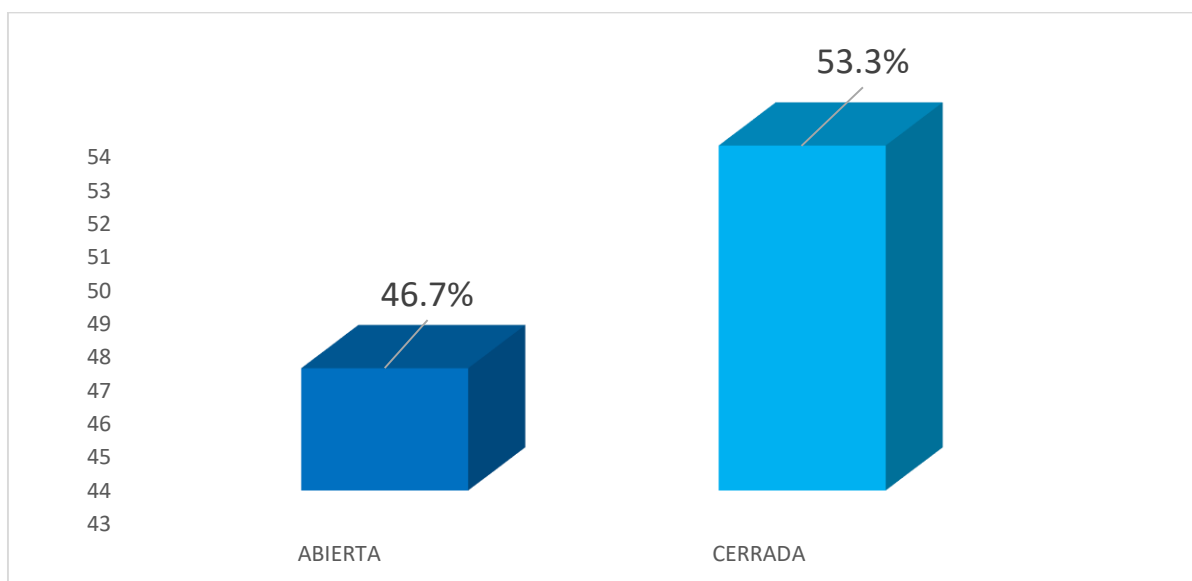


Figura 1.3. Porcentaje según su cresta iliaca de los pacientes atendidos en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón

Fuente tabla 1.3

En la tabla 1.3 y figura 1.3: se muestra el porcentaje según su cresta iliaca de los pacientes atendidos encontramos que en un 46.7 % presentan cresta iliaca abierta y en un 53.3% presenta cresta iliaca cerrada.

Tabla.1.4: Evaluar a los niños con displasia de cadera mediante maniobra de gallezi la disimetría de miembros inferiores en el hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Dismetría de miembros inferiores	Niños	%
Derecha	12	40
Izquierda	18	60
TOTAL	30	100

Fuente: Ficha de evaluación

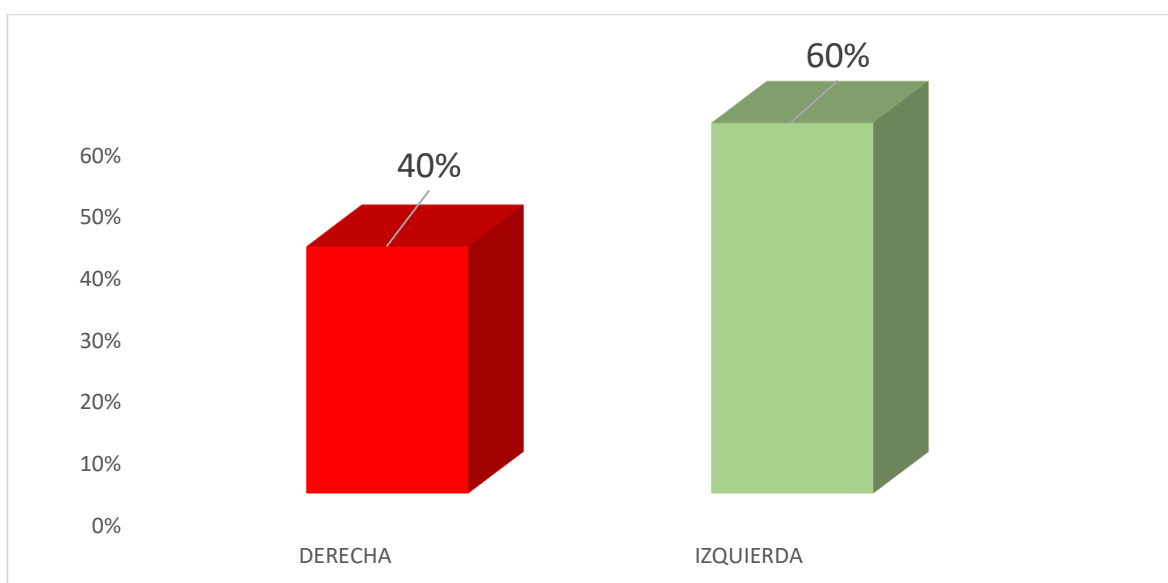


Figura1.4. Porcentaje según su la disimetría de miembros inferiores de los pacientes atendidos en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón

Fuente tabla 1.4

En la tabla 1.4 y figura 1.4: se muestra el porcentaje según la disimetría de miembros inferiores encontramos que en el lado derecho hay un 40% de disimetría y en el lado izquierdo un 60% de disimetría.

Tabla 2.1 Tono Muscular en niños de 0 A 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Tono Muscular	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Hipotónico	12	40	6	20	18	60
Hipertónico	7	23.3	5	16.7	12	40
Total	19	63.3	11	36.7	30	100

Fuente: Ficha de evaluación

En la tabla 2.1 se registró que el 36.7% de los niños son varones y el 63.3% son mujeres. El 60% son Hipotónicos y el 40% restante son hipertónicos. También se puede decir que del total de la muestra el 40% tiene son mujeres padecen de hipotonía, 16.7% son varones hipertónicos.

Tabla 2.1.1. Efectividad del Tono Muscular en la maniobra de Gallezi en niños de 0 a 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Valor	Grados de Libertad	p- valor	Niv de Significación	Decisión
de la Prueba	gl	p= 0.938	$\alpha=0.05$	p=0.938>0.05
0.006	1			Se acepta H_0

Se acepta H_0 No existe relación entre Tono Muscular en niños de 0 A 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón. La prueba no es estadísticamente significativa, Puesto que $p=0.938>0.05$.

Tabla 2.2 .Cresta Iliaca en niños de 0 A 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón

Cresta Iliaca	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
En Apertura	8	26.7	6	20	14	46.7
En Cierre	11	36.7	5	16.7	16	53.3
Total	19	63.3	11	36.7	30	100

Fuente: Ficha de Evaluación

En la tabla 2.2 se registró que el 36.7% de los niños son varones y el 63.3% son mujeres. El 46.7% presentan cresta iliaca en apertura y el 53.3% restante tienen cresta iliaca en cierre. También se puede decir que del total de la muestra el 26.7% tiene son mujeres y el 16.7% son varones.

Tabla 2.2.2 Efectividad de la cresta iliaca en la maniobra de Gallezi en niños de 0 a 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Valor de la Prueba	Grados de Libertad gl	p- valor	Niv de Significación $\alpha=0.05$	Decisión
0.078	1	p= 0.781	$\alpha=0.05$	p=0.781>0.05 Se acepta H_0

Se acepta H_0 No existe relación entre cresta iliaca en niños de 0 A 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón. La prueba no es estadísticamente significativa, Puesto que $p=0.781>0.05$.

Tabla 2.3. Pliegues en niños de 0 A 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón

Pliegues	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Simétrico	7	23.3	5	16.7	12	40
Asimétrico	12	40	6	20	18	60
Total	19	63.3	11	36.7	30	100

Fuente: Ficha de evaluación

En la tabla 2.3 se registró que el 36.7% de los niños son varones y el 63.3% son mujeres. El 60% presentan pliegues asimétricos y el 40% restante pliegues simétricos. También se puede decir que del total de la muestra el 23.3% son mujeres que padecen de pliegues simétricos, 20.0% son varones con pliegues asimétricos

Tabla 2.2.3 Efectividad de los pliegues en la maniobra de Gallezi en niños de 0 a 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Valor	Grados de Libertad	p- valor	Niv de Significación	Decisión
de la Prueba	gl	p= 0.938	$\alpha=0.05$	p=0.938>0.05
0.006	1			Se acepta H_0

Se acepta H_0 No existe relación entre Pliegues en niños de 0 A 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón. La prueba no es estadísticamente significativa, Puesto que $p=0.938>0.05$.

Tabla 2.4 Dismetría de MMII en niños 0 A 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Dismetría	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
asimetría	7	23.3	5	16.7	12	40
dismetría	12	40	6	20	18	60
Total	19	63.3	11	36.7	30	100

Fuente: Ficha de evaluación

En la tabla 2.2.4 se registró que el 36.7% de los niños son varones y el 63.3% son mujeres. El 60% presentan disimetría de MMII y el 40% restante asimetría de MMII. También se puede decir que del total de la muestra el 23.3% son mujeres que padecen asimetría, 20.0% son varones con disimetría

Tabla 2.2.4 Efectividad de la disimetría de MMII en la maniobra de Gallezi en niños de 0 a 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Valor	Grados de Libertad	p- valor	Niv de Significación	Decisión
de la Prueba	gl	p= 0.938	$\alpha=0.05$	p=0.938>0.05
0.006	1			Se acepta H_0

Se acepta H_0 No existe relación entre disimetría de MMII en niños de 0 A 12 según sexo meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. La prueba no es estadísticamente significativa, Puesto que $p=0.938>0.05$.

Tabla 2.5 Tono Muscular en niños de 0 A 12 según Edad meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón

Edad	Tono Muscular					Total	
	Hipotónico		Hipertónico		N°	%	
	N°	%	N°	%			
1 a 3 meses	2	6.7%	5	16.7	7	23.3	
4 a 6 meses	6	20.0%	4	13.3	10	33.3%	
7 a 9 meses	5	16.7%	3	10.0	8	26.7%	
10 a 12 meses	5	16.7%	0	0.0%	5	16.7 %	
Total	18	60%	12	40	30	100%	

En la tabla 2.5. Se registró que el 60% de los niños son Hipotónicos y el 40% presentan hipertonía.

En cuanto a su edad del total de la muestra 23.3% tienen de 1 a 3 meses de nacido, 33.3% de 4 a 6 meses, 26.7% de 7 a 9 meses, y el 16.7% de 10 a 12 meses. Del total de niños registrados el 20% tienen de 4 a 6 meses y presentan hipotonía y 10% tienen de 7 a 9 meses presenta hipertonía.

Tabla 2.5.1. Efectividad del Tono Muscular en la maniobra de Gallezi en niños de 0 a 12 según edad meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Valor	Grados de Libertad	p- valor	Niv de Significación	Decisión
De la Prueba	gl	p= 0.101	$\alpha=0.05$	p=0.101>0.05
6.235°	3			Se acepta H ₀

Se acepta H₀ No existe relación entre Tono Muscular en niños de 0 A 12 según edad meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón. La prueba no es estadísticamente significativa, Puesto que p=0.101>0.05.

Tabla 2.6 .Pliegues en niños de 0 A 12 según Edad meses de agosto – noviembre en el hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Edad	Pliegues				Total	
	Simétrico		Asimétrico			
	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 3 meses	4	13.3%	3	10.0%	7	23.3
4 a 6 meses	3	10.0%	7	23.3%	10	33.3%
7 a 9 meses	2	6.7%	6	20.0%	8	26.7%
10 a 12 meses	3	10.0%	2	6.7%	5	16.7 %
Total	12	40.0%	18	60.0%	30	100%

En la tabla 2.6. Se registró que el 40% de los niños presentan pliegues simétricos y el 60% presentan asimetría de pliegues.

En cuanto a su edad del total de la muestra 23.3% tienen de 1 a 3 meses de nacido ,33.3% de 4 a 6 meses, 26.7% de 7 a 9 meses, y el 16.7% de 10 a 12 meses. Del total de niños registrados el 13.3% tienen de 1 a 3 meses y presentan simetría de pliegues y 6.7% tienen de 10 a 12 meses presenta asimetría de pliegues

Tabla 2.6.1. Efectividad de los pliegues en la maniobra de Gallezi en niños de 0 a 12 según edad meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Valor	Grados de Libertad	p- valor	Niv de Significación	Decisión
De la Prueba	gl	p= 0.414	$\alpha=0.05$	p=0.414>0.05
2.857°	3			Se acepta H ₀

Se acepta H₀ No existe relación entre pliegues en niños de 0 A 12 según edad meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón. La prueba no es estadísticamente significativa, Puesto que p=0.414>0.05.

Tabla 2.7 Cresta Iliaca en niños de 0 A 12 según Edad meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón

Edad	Cresta Iliaca				Total	
	En apertura		En cierre			
	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 3 meses	4	13.3%	3	10.0%	7	23.3
4 a 6 meses	3	10.0%	7	23.3%	10	33.3%
7 a 9 meses	4	13.3%	4	13.3%	8	26.7%
10 a 12 meses	3	10.0%	2	6.7%	5	16.7 %
Total	14	46.7%	16	53.3%	30	100%

En la tabla 2.7. Se registró que el 46.7% de los niños presentan cresta iliaca en apertura y el 53.3% presentan cresta iliaca en cierre.

En cuanto a su edad del total de la muestra 23.3% tienen de 1 a 3 meses de nacido ,33.3% de 4 a 6 meses, 26.7% de 7 a 9 meses, y el 16.7% de 10 a 12 meses. Del total de niños registrados el 13.3% tienen de 7 a 9 meses y presentan cresta iliaca y 10% tienen de 1 a 3 meses

Tabla 2.7.1. Efectividad de las crestas iliacas en la maniobra de Gallezi en niños de 0 a 12 según edad meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Valor	Grados de Libertad	p- valor	Niv de Significación	Decisión
De la Prueba	gl	p= 0.611	$\alpha=0.05$	p=0.611>0.05
1818°	3			Se acepta H ₀

Se acepta H₀ No existe relación entre cresta iliaca en niños de 0 A 12 según edad meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón. La prueba no es estadísticamente significativa, Puesto que p=0.611>0.05.

Tabla 2.8 disimetría de MM II en niños de 0 A 12 según Edad meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón

Edad	Disimetría de MMII				Total	
	Asimetría		Simetría			
	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 3 meses	4	13.3%	3	10.0%	7	23.3
4 a 6 meses	3	10.0%	7	23.3%	10	33.3%
7 a 9 meses	2	6.7%	6	20.0%	8	26.7%
10 a 12 meses	3	10.0%	2	6.7%	5	16.7 %
Total	14	40.0%	18	60.0%	30	100%

En la tabla 2.8. Se registró que el 40.0 % de los niños presentan asimetría de MM II y el 60.0% presentan simetría de miembros inferiores

En cuanto a su edad del total de la muestra 23.3% tienen de 1 a 3 meses de nacido ,33.3% de 4 a 6 meses, 26.7% de 7 a 9 meses, y el 16.7% de 10 a 12 meses. Del total de niños registrados el 13.3% tienen de 1 a 3 meses y presentan asimetría de MM II y 6.7 % tienen de 10 a 12 meses

Tabla 2.8.1. Efectividad de la disimetría de MM II en la maniobra de Gallezi en niños de 0 a 12 según edad meses de agosto – noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

Valor	Grados de Libertad	p- valor	Niv de Significación	Decisión
De la Prueba	gl	p= 0.414	$\alpha=0.05$	p=0.414>0.05
2.857°	3			Se acepta H ₀

Se acepta H₀ No existe relación entre disimetría de MM II en niños de 0 A 12 según edad meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán Barrón. La prueba no es estadísticamente significativa, Puesto que p=0.414>0.05.

3.2 DISCUSION

El propósito fundamental de esta investigación fue determinar si la maniobra de Galezzi se relaciona con el sexo y la edad en los niños atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Para dar respuesta esto, se seleccionó de muestra 30 pacientes.

Evaluamos a los niños aplicando la maniobra de galezzi y se procedió a analizar las fichas de Evaluación Fisioterapéutica de displasia de cadera, hallándose un promedio de 60% pacientes del sexo femenino presentan displasia de cadera y un 40% de pacientes masculinos con displasia de cadera, los cuales el 60% presentan hipotonía y el 40% hipertonía.

En lo que respecta al sexo se observa según la Prueba Chi-Cuadrado podemos llegar a la conclusión que el sexo no es un factor importante para demostrar si la maniobra de galezzi es efectiva

Según Caballero Sakibaru M. M. (2013) afirma: “que los factores de riesgo que inciden en la Displasia de la Cadera en Desarrollo, tales como: antecedente familiar en primer grado de consanguinidad, presentación podálica, sexo femenino. Lima – Perú: Universidad Ricardo palma

Según Sánchez Barrantes M. F. (2015) afirma:” la Prematuridad como factor de riesgo para desarrollar la displasia congénita de cadera. Lima-Perú: Upao

Según Luque Gutiérrez, G. N.(2016) Determinar cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la DDC en lactantes de 03 meses a 12 meses evaluados en consultorio externo de Traumatología del Hospital Central de Majes

Según Dr. Luis Miguel Pérez Hernández, Dr. Alberto Mesa Olán, Dr. Ragnar Calzado Calderón y Dra. Caridad Pérez Charbonier 2013 realizaron un análisis de la importancia de esta entidad patológica en cuanto a concepto, diagnóstico y tratamiento para su mejor comprensión en la atención primaria, con el objetivo de detectar precozmente la afección y disminuir complicaciones futuras. La importancia de la displasia del desarrollo de la cadera en la Ortopedia persiste, porque el problema se inicia en la infancia y cuando está establecido su solución es más compleja cuanto mayor es la edad. Tiene además, múltiples variantes en las distintas etapas del desarrollo y es

imperioso insistir en que para su solución integral se requiere del médico ortopédico y la cooperación de varios especialistas como el obstetra, el médico general integral, el pediatra y la enfermera. Estimulados por esta complejidad se consideró pertinente transmitir ciertas consideraciones acerca de esta entidad para contribuir a su mejor manejo y comprensión desde la atención primaria.¹

Según Luque Gutierrez, Gremy Nadeshe 2017 afirma que la displasia de cadera es una patología frecuente con factores asociados reconocidos. Objetivo: Determinar cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la DDC en lactantes de 03 meses a 12 meses evaluados en consultorio externo de Traumatología del Hospital Central de Majes, durante el año 2016. Métodos: Se recolectaron los datos obtenidos de las historias clínicas, de los pacientes con DDC atendidos en consulta externa que cumplieron los criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva. Resultados: Se encontraron 137 niños con DDC; el 36.50% de casos fueron varones y 63.50% mujeres, con edad predominante de 3 a 4 meses (33.58%). El 97.81% de niños fueron de raza mestiza. La procedencia era de Majes en 46.72% de casos, 24.82% eran de Juliaca y 13.87% de Puno, con 10.22% de casos procedentes del Cusco. El nivel socioeconómico fue bajo en 90.51%. Al momento de nacimiento 89.78% tuvieron presentación cefálica, en 32.85% se trató de primigestas, 9.49% tuvo oligohidramnios y en 8.76% la presentación fue pelviana. El 0.73% de niños eran adelgazados, 55.47% eran eutróficos, 29.20% tenían sobrepeso y 14.60% obesidad. En el 28.47% de casos hubo antecedente familiar de DDC. Hubo asimetría de pliegues en 81.75% de niños, el signo de Ortolani fue positivo en 41.61% y el de Barlow lo fue en 17.52%. Entre las características radiográficas, la determinación del ángulo acetabular fue menor a 30° en la cadera derecha en 23.36% de casos, en la cadera izquierda en 54.74% y en ambas caderas en 5.84%, con hallazgos normales en 16.06% de casos. Conclusiones: La displasia de cadera es un trastorno frecuente con factores predisponentes conocidos que muestra mejoría radiográfica a los 6 meses de edad.

4.1 CONCLUSIONES

Después de haber aplicado el tratamiento correspondiente llegamos a las siguientes conclusiones: Respondiendo a nuestros objetivos de la investigación, manifestamos que:

En lo que respecta al sexo se observa según la Prueba Chi Cuadrado podemos llegar a la conclusión que el sexo y la edad no son factores importantes para demostrar si la maniobra de Galezzi es efectiva.

Mientras tanto en lo que respecta la edad encontramos que no existe relación entre la edad y la maniobra de Galezzi puesto que los parámetros evaluados arrojaron que la prueba no es eficaz en niños de 0 a 12 meses

Con respecto a nuestra hipótesis, decimos que:

La maniobra de Galezzi no muestra relación entre displasia de cadera con el sexo y la edad en niños de 0 a 12 meses de agosto a noviembre en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

RECOMENDACIONES

- o Educar a los padres de familia de cómo prevenir la displasia de cadera
 - No dormir boca abajo
 - No dejar que se sienten encima de las rodillas
 - Usar zapatos blandos
- o Realizar ejercicios sencillos en casa indicados por su terapeuta tratante:
 - Caminar como un pato
 - Caminar de costados.
 - Hacer rotaciones cada cambio de pañal

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

A.R., Lorena. (2014). Blog dedicado a la cadera y la rodilla, diciembre.

Boyadjiev Boyd Simeon A. Professor of Pediatrics and Genetics, Section of Genetics, Department of Genetics, University of California, Davis – Anomalías congénitas de la cadera, la pierna y el pie

Caballero Sakibaru M. M. (2013). Factores de riesgo que inciden en la Displasia de la Cadera en Desarrollo, tales como: antecedente familiar en primer grado de consanguinidad, presentación podálica, sexo femenino, Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú.

Delgado Martínez (2005). Exploración del aparato locomotor: cadera y rodilla ,Madrid

Duran Sarmiento. (2008). Anatomía y Biomecánica de la Cadera, San Cristóbal.

Fernández Gurumeta. (2015). Lesiones de cadera

Gutiérrez, G. N. Luque. 2016. Determinar cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la DDC en lactantes de 03 meses a 12 meses evaluados en consultorio externo de Traumatología del Hospital Central de Majes.

Salazar O. Oscar. Articulaciones de la extremidad inferior

Sánchez Barrantes M. F. (2015) la Prematuridad como factor de riesgo para desarrollar la displasia congénita de cadera, Upao, Lima-Perú.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación titulada Evaluación de displasia de cadera mediante maniobra de gallezi en niños de 0 a 12 meses de agosto – noviembre en el hospital regional Eleazar Guzmán barrón, que tiene relación con mi estado de salud.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas y/o permitir que se realicen en mi persona procedimientos que no ponen en riesgo mi integridad física y emocional. Así mismo se me dijo que los datos que yo proporcione será confidencial, sin haber la posibilidad de identificación individual, también que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee.

El alumno de la licenciatura en terapia física y rehabilitación: Casas Cárdenas Fátima me han explicado que es la responsable de la investigación y que la está realizando como parte de la experiencia educativa.

Firma de la entrevistada

Firma del investigador

ANEXO N°02

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENERALES

- NOMBRE Y APELLIDOS _____
- EDAD _____
- SEXO _____
- TIPO DE PARTO _____
- POSICION FETAL _____

II. ANTECEDENTES

III. EXAMEN FISICO

- TONO MUSCULAR

 HIPOTONICO HIPERTONICO

- PLEGUES

 SIMETRICOS ASIMETRICOS

- CRESTA ILIACA

 APERTURA CIERRE

 - ASIMETRIA DE MIEMBROS INFERIORES

 - DISMETRIA DE MIEBROS INFERIORES

 - POSICION DE LA ROTULA

ANEXO N°3





