

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



Tesis para obtener el título de Licenciado en Tecnología Médica con Especialidad en
Terapia Física y Rehabilitación.

**FACTORES DE RIESGO PARA DISPLASIA DEL DESARROLLO
DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL
POLICLÍNICO SANTO DOMINGO DE GUZMÁN - YUNGAY, 2024**

Autor:

Torres Agama, Vladimir Plejanov (ORCID: 0009-0003-5486-4656)

Asesor:

Mg. Pantoja Fernández, Julio Cesar (ORCID: 00000002-3574-3088)

Chimbote– Perú

2025

Índice

Índice de tablas	¡Error! Marcador no definido.
Palabras clave	iii
Constancia de originalidad	iv
Título	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	1
Metodología.....	14
Resultados.....	16
Análisis y discusión	24
Conclusiones.....	28
Recomendaciones	29
Agradecimiento	30
Referencias bibliográficas	31
ANEXOS Y APÉNDICE	36

Índice de tablas

Tabla 1 Distribución de la topografía diagnóstica según antecedentes familiares	16
Tabla 2 Distribución de la topografía diagnóstica según sexo del producto	17
Tabla 3 Distribución de la topografía diagnóstica según edad materna	18
Tabla 4 Distribución de la topografía diagnóstica según edad gestacional	19
Tabla 5 Distribución de la topografía diagnóstica según presentación podálica.....	20
Tabla 6 Distribución de la topografía diagnóstica según peso del producto.....	21
Tabla 7 Distribución de la topografía diagnóstica según embarazo múltiple.....	22
Tabla 8 Distribución de la topografía diagnóstica según presencia de oligohidramnios	23

Palabras clave:

Displasia del desarrollo de la cadera, Factores de riesgo, Signo de Barlow, signo de Galeassi, Signo de Ortolani.

Keywords:

Developmental dysplasia of the hip, Risk factors, Barlow's sign, Galeazzi's sign, Ortolani's sign

Línea de investigación

Línea de investigación	<ul style="list-style-type: none">• Rehabilitación pediátrica.• Terapia manual ortopédica.
Área	Ciencias médicas y de salud
Sub área	Tecnología médica.
Disciplina	Ciencias socio biomédicas.

Constancia de originalidad



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "**FACTORES DE RIESGO PARA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL POLICLÍNICO SANTO DOMINGO DE GUZMÁN - YUNGAY, 2024**" del (a) estudiante: **TORRES AGAMA VLADIMIR PLEJANOV**, identificado(a) con Código N° **1415100464**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **27%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 15 de septiembre de 2025

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

Titulo

Factores de riesgo para displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024

Risk factors for developmental hip dysplasia in children under 2 years of age at the Santo Domingo de Guzmán Polyclinic - Yungay, 2024

Resumen

La investigación “Factores de riesgo para displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024”. Tuvo como propósito, Determinar los factores de riesgo para displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024. Su estudio fue de estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo, su diseño fue no experimental, su población general fue de 150 niños de 0 a 24 meses 0 días, su muestra estaba conformada por 80 niños con displasia de desarrollo de cadera. El instrumento que se empleó para la recolección de datos fue la “Ficha de factores de riesgo para displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años”, con la técnica: revisión documental de las historias clínicas de estos niños. En los resultados se evidencia una mayor prevalencia del sexo femenino (62.5 %), a diferencia del sexo masculino (37.5 %); con relación a los factores de riesgo predisponentes, se evidencia que los antecedentes familiares hay un (60%) no son un factor predisponente, entre tanto la edad materna si es un factor con un 67.5%; la edad gestacional no es un factor predisponente con el 75% en el rango de 36 a 40 semanas de gestación; en relación a la presentación podálica 82.5%, no es un factor para la DDC; según el peso del producto no es un factor de riesgo con un porcentaje 73.75% en un rango de peso de 2 a 3 kg; en cuanto al embarazo múltiple tampoco representa un factor de riesgo evidenciando solo un 8.75%; y respecto a oligohidramnios se encontró que tampoco es un factor de riesgo ya que se obtuvo un 21.25%. según la topografía se evidencia un mayor porcentaje en el lado izquierdo con un 52.5%, seguido del lado derecho con un 23.75% así como en la topografía bilateral. Se concluye que los factores de riesgo relacionados a la displasia de cadera son el sexo y la edad materna, respecto a los otros puntos solo hay una baja incidencia que no se relaciona con la DDC, y según la topografía se encuentra que en el lado izquierdo hay mayor predisposición a comparación del lado derecho y bilateral.

Abstract

The research Risk factors for developmental dysplasia of the hip in children under 2 years of age at the Santo Domingo de Guzmán - Yungay Polyclinic, 2024. Its purpose was to determine the risk factors for developmental dysplasia of the hip in children under 2 years of age at the Santo Domingo de Guzmán - Yungay Polyclinic, 2024. Its study was descriptive, quantitative and retrospective, its design was non-experimental, its general population was 150 children from 0 to 24 months 0 days, its sample was made up of 80 children with developmental dysplasia of the hip. The instrument used for data collection was the "Risk factor form for developmental dysplasia of the hip in children under 2 years of age", with the technique: documentary review of the medical records of these children. The results show a higher prevalence the female sex (62.5%), compared to the male sex (37.5%); Regarding predisposing risk factors, it is evident that family history (60%) is not a predisposing factor, while maternal age is a factor with 67.5%; gestational age is not a predisposing factor with 75% in the range of 36 to 40 weeks of gestation; in relation to breech presentation 82.5%, it is not a factor for DDC; according to the weight of the product, it is not a risk factor with a percentage of 73.75% in a weight range of 2 to 3 kg; regarding multiple pregnancy, it is also not a risk factor, evidencing only 8.75%; and regarding oligohydramnios, it was found that it is not a risk factor either, since it was obtained 21.25%. According to the topography, a higher percentage is evident on the left side with 52.5%, followed by the right side with 23.75%, as well as in bilateral topography. It is concluded that the risk factors related to hip dysplasia are sex and maternal age; with respect to the other points, there is only a low incidence that is not related to DDH, and according to the topography, it is found that on the left side there is a greater predisposition compared to the right side and bilaterall

Introducción

En los Antecedentes y fundamentación científica, según los antecedentes Gutiérrez (2024) en su investigación, analiza el factor de riesgo vinculados a la displasia de cadera en infantes con edades comprendidas entre 3 meses y 1 año, atendidos en el centro sanitario Revolución, de la ciudad de Juliaca. De tipo no experimental; analítico, descriptivo y transversal, su muestra está compuesta por 183 niños. El 42,62 % tiene entre 3 y 6 meses; el sexo femenino es el más representado (50,27 %); el 80,33% no tiene antecedentes familiares de ningún tipo; el 91,80% no presenta problemas óseos; el 87,98% no fue educado en la cultura del entablillado; y el parto cefálico registró en un 89,62%. Concluye que los elementos de riesgo están vinculados a la displasia de cadera en el centro de salud Revolución, desde los tres meses hasta el año.

Según, Orellana (2024), en su trabajo de investigación identifico que los niños de ambos sexos que tienen entre 3 y 12 meses de edad presentan un factor de riesgo para la displasia de cadera. Investigación: de tipo observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo. La muestra consistió en 120 niños de ambos sexos, con edades entre los 3 y los 12 meses. Se encontró: factores genéticos (47.5%), sexo masculino (44.2%), sexo femenino (47.5%), en la edad gestacional: (5%) sexo masculino, (2.5%) sexo femenino, antecedente familiar (0.8%). Concluye que la displasia de cadera se presenta con mayor frecuencia en el Hospital Ramiro Priale, Huancayo, de acuerdo con los factores de riesgo mecánicos y genéticos.

Quispe (2024), realizo una investigación donde determino cuáles son los elementos que incrementan el riesgo de displasia del desarrollo de cadera en bebés menores de 18 meses atendidos en el Hospital Regional "El Carmen" de Huancayo. La investigación se realizará a través de un enfoque analítico, observacional y cuantitativo. La población estará compuesta por niños entre 0 y 18 meses que sean atendidos en consultorios externos de Terapia Física y Rehabilitación, Pediatría y Traumatología. La relación de casos y controles será de 1:2. Para el grupo control se tomarán los pacientes tratados durante el mismo periodo en 2021; para el grupo experimental, las historias clínicas de niños con diagnóstico definitivo de Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) que cumplan con los criterios de inclusión.

Valdivia y Flores (2024), identificaron la incidencia de displasia del desarrollo de cadera y los factores de riesgo asociados. Fue un análisis observacional, transversal y retrospectivo; muestra: 60 bebés menores de un año, encontrando una incidencia del 48,3

% de displasia congénita de cadera. Mayor prevalencia en niños de 3 a 6 meses (68,3 %) a comparación de 7 a 12 meses (31,7 %). Concluyen que no existía una correlación significativa entre la displasia de cadera y aspectos como el número de gestaciones, el género o la edad, de acuerdo con las estadísticas y su análisis.

Según, Santos, Ortega, Jovel y Rodríguez (2023), en su investigación determinaron la prevalencia y los factores de riesgo de displasia de cadera en desarrollo (DCD) en infantes recién nacidos en los hospitales Mario Catarino Rivas (HMCR) y Leonardo Martínez Valenzuela (HLMV). Mediante un estudio analítico observacional prospectivo. Muestra de 167 recién nacidos. Se diagnosticó DCD en 17 recién nacidos, lo que representa una prevalencia del 10.18%. El sexo femenino representaba el 13 (76,47%), con maniobras de Ortolani y Barlow negativas el 15 (88,24%) y DCD bilateral el 9 (53%). Los factores de riesgo identificados fueron: oligohidramnios (RR: 2.55), hijos de madres que son primigestas (RR: 2.61) y aquellos con 24 años o menos (RR: 3.58). Respecto a los RN: con antecedentes familiares de DCD, RR 3.37 para el sexo femenino y 4.9 para la presentación pélvica. RR 2.55. El embarazo múltiple resultó ser un factor de protección, con un RR de 0.00. Llegaron a la conclusión de que, en aproximadamente uno de cada diez recién nacidos, se manifestó la DCD. Los factores de riesgo más relevantes fueron: niños nacidos de madres que son primigestas, tienen 24 años o menos y sufren oligohidramnios; bebés recién nacidos de sexo femenino, con antecedentes familiares de DCD y presentación pélvica. Resultó que el embarazo múltiple era un elemento de protección.

En su estudio, Medina y López (2022), Determinaron la incidencia de displasia de cadera a través de un cribado ecográfico en los pacientes que acudieron al servicio de ecografía del Hospital Militar Carlos Arvelo. Investigación de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Se realizó una evaluación de 82 pacientes. Se identificaron dos elementos de riesgo relacionados con la displasia de cadera: la leiomiomatosis uterina ($p=0,001$) y la antroponosis ($p=0,013$). Llegaron a la conclusión: La ecografía con el método de Graff es un procedimiento eficaz y seguro para diagnosticar displasia del desarrollo de la cadera.

Espinosa (2021), determino el factor de riesgo que favorecen el desarrollo de displasia de cadera en niños y niñas entre 0 y 24 meses. Métodos: llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos acerca de la displasia del desarrollo de cadera, utilizando bases como Up To Date, Clinicalkey, PubMed, Elsevier y Medline. Análisis descriptivo básico según frecuencias y porcentajes de la distribución de los factores de

riesgo más frecuentes: encontrando primero la presentación podálica 92.8%, seguido el sexo femenino 85.7%, antecedentes familiares un 78.5%, y primogénito 64.2%. Concluye: los factores de riesgo predisponentes para la displasia del desarrollo de cadera son: presentación podálica, sexo femenino, antecedentes familiares y primogénito.

Citando a Durán, Crispin y Guizada (2021), determinaron la relación entre la displasia de cadera y sus factores de riesgo en bebés de 2 a 12 meses, analizados en el consultorio externo de Traumatología del Hospital Municipal Achacachi. Diseño de tipo caso-control, descriptivo. Muestra: Un total de 128 pacientes lactantes de sexos masculino y femenino. La displasia de cadera tiene como factor de riesgo más asociado el género femenino (139.04), después la presentación podálica o transversa (12.58), las gestantes que son madres primerizas (4.52), los productos gemelares (3.71), los antecedentes familiares (2.54) y el oligohidramnios (2.06). Concluyo que los factores de riesgo (fetales, obstétricos y clínicos) tienen una relación significativa con el surgimiento de displasia de cadera.

Moya (2020), Determino los factores vinculados al DDC en menores de un año. Investigación de casos y controles, retrospectiva y analítica, que abarcó a 192 niños (96 controles y 96 casos) con menos de un año de edad que recibieron atención en el Hospital EsSalud III, ubicado en Juliaca, en el año 2019. Se determinó que la edad promedio de los individuos en el estudio fue de 5.86 ± 2.2 meses. En la población con DDC y sin ella se hallaron los siguientes datos: madre primeriza (72.9%); sexo femenino (66.7% frente a 59.4%; OR = 1.36, IC 95% 0.76 – 2.46, p=0.29); antecedentes maternos de DDC (38.5% frente a 16.7%; OR = 3.13, IC 95% 1.59 – 6.16, p=0.01); presentación de nalgas (77.1%); edad de la madre mayor a cinco años (14.6% frente a 13.5%; OR = 1,09; IC del 95%, entre el cero y el dos con cuarenta y seis; p=0,83) y prematuridad (15,6 % frente al trece punto cinco por ciento; OR = cero punto ochenta y cuatro; IC del noventa y cinco por ciento, entre el cero punto treinta y siete y el uno punto ochenta y ocho; p=0,683). Conclusiones: Es más común que la DDC se presente en mujeres. Se halló una relación entre la presentación de nalgas, la madre primípara y el antecedente materno de DDC, y el desarrollo de DDC en niños que tienen menos de un año.

Romo (2020), Determinó la prevalencia de displasia del desarrollo de la cadera en bebés y niños de 0 a 12 meses diagnosticados mediante radiografía de cadera en el Hospital Nacional Ramiro Prialé - Essalud - Huancayo. Investigación de tipo transversal, retrospectiva y observacional, con un nivel descriptivo y correlacional. Población: 795 pacientes pediátricos con edades entre los 0 y 12 meses. Se detecta que la displasia de

desarrollo en la cadera tiene una prevalencia del 21.8%. Los antecedentes familiares, que alcanzan un 5.8%, así como los factores de riesgo en función del tipo de presentación fetal (podálica, 12.7% y cefálica, 87.3%), Oligohidramnios (15.6%), el 39.9% nació por parto distócico y el 60.1% por parto eutócico, la edad materna de 19 a 35 años (68.8%) y 31.2% en madres mayores de 35 años. Otro de los factores presentes fue el grupo evaluado se observa que el 13.9% son menores de madres cuya edad gestacional fue menor a 37 semanas y el 86.1% de 37 a 41 semanas, el 53.2% son de sexo femenino y 46.8% son de sexo masculino, y la prevalencia es del 52% de ellos son niños entre 9 y 12 meses, el 45.1% están en el rango de los 5 a los 8 meses y un porcentaje más pequeño, el 2.9%, tiene entre cero y cuatro meses. Se concluye: La prevalencia de displasia de desarrollo de cadera en 2017 fue del 21.8%, y los factores de riesgo más importantes identificados en la población analizada fueron los siguientes: ser mujer, haber tenido un parto distócico y tener antecedentes familiares directos de displasia de cadera.

Samaniego (2020), determino que el empleo de la radiografía para diagnosticar displasia congénita de cadera y los elementos que suponen un riesgo en niños atendidos en el Hospital María Auxiliadora, con edades comprendidas entre los seis meses o más. Investigación observacional, descriptiva, de diseño cuantitativo y transversal. Población: 62 pacientes. Los resultados: Displasia de cadera 52 (84%). Se observó la mayor cantidad de casos entre los 9 y los 12 meses, con un total de 22 casos (42 %). En cuanto al sexo, el femenino es el más afectado (62%) en comparación con el masculino (38%). En lo que respecta a la lateralidad, se observó que afecta más a la cadera derecha, con un 44%. Concluye que la radiografía convencional es una herramienta diagnóstica efectiva para la displasia de cadera.

Según la Fundamentación científica, La displasia del desarrollo de cadera (DDC), Hidalgo, González, Idrovo y Flores (2022) es una de las anomalías más comunes en los RN y constituye el trastorno de cadera más prevalente en la ortopedia pediátrica. Abarca una variedad de alteraciones patológicas que afectan el acetábulo y el fémur proximal en crecimiento, incluyendo la luxación, subluxación y displasia propiamente dicha.

La displasia de desarrollo de la cadera solía denominarse luxación congénita de cadera, pero se cambió su nombre porque "esta displasia no está presente desde el nacimiento y tiene la capacidad de evolucionar o involucionar a medida que avanza el desarrollo del niño", debido a una variedad de factores. Este término fue aplicado por primera vez en 1989 por el ortopedista infantil, de origen yugoslavo, Dr. Pedrag Klisic (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2017). Es definida como la "pérdida de la morfología

esférica congruente en la articulación coxofemoral asociado a inestabilidad; esta incongruencia suele aparecer entre el último trimestre de vida intrauterina y el primer año de edad [...] con afectación posterior de músculos, tendones y ligamentos” (Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, 2018). Por su lado, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2017), la define como: Un trastorno progresivo de la articulación coxofemoral, es decir, el acetábulo, la cápsula articular y el fémur proximal, junto con sus músculos y ligamentos. La displasia congénita de la cadera es un tipo de trastorno articular que se distingue por la relación y/o las estructuras anatómicas anormales del acetábulo y la parte proximal del fémur (cabeza y cuello femorales). Sus síntomas van desde la cadera del recién nacido que presenta inestabilidad hasta la luxación de dicha cadera, incluyendo el contacto parcial entre el acetábulo y la cabeza femoral (subluxación) y la falta o deformidad aislada del acetábulo (displasia acetabular pura). Dicha displasia en los recién nacidos presenta unas características distintas a otro grupo etareos y es una patología ortopédica referida a un grupo de anomalías anatómicas específicas de la articulación coxo femoral, que van alterar el desarrollo de la cadera en los períodos embriológico, fetal o infantil”, lo que puede ocasionar una cadera inestable del recién nacido y subluxación hasta luxación. Si se diagnostican temprano y su tratamiento es inmediato, se asegura que el 90% de los casos se superan con éxito (Abril et. al., 2019).

Dentro de los signos y síntomas de la displasia de cadera podemos mencionar a: asimetría de los pliegues cutáneos de muslo y glúteos (no constituye un signo específico); acortamiento del muslo; discrepancia de longitud de miembros inferiores; limitación de la abducción de la cadera (normalmente entre 60 a 70°); cuando da positivo al signo de Ortolani; signo de Barlow; signo de Galeazzi o Allis; signo del pistón o telescopaje y signo de Tredelemburg (Pomataylla, 2019; Rosa, 2019; Sarango, 2019; Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2017). El signo o maniobra de Ortolani se realiza con las manos tibias del examinador, con el niño tranquilo y relajado, acostado en decúbito dorsal y en un plano horizontal, colocando simultáneamente ambas caderas y las rodillas en flexión a 90°, de modo que el pulgar se posicione en la cara interna del muslo y los otros 4 dedos en la cara externa del muslo (trocánter mayor), a medida que se efectúa leve tracción con abducción progresiva, se palpará cuando la cadera reduce dentro del acetábulo, un resalto o percepción de un “clunck” de entrada, que muchas veces es muy evidente y en otras, es leve (Brenes, Flores y Meza, 2020). El signo o maniobra de Barlow también requiere que el niño esté tranquilo y relajado, se flexiona la cadera a 90° y se

abduce 45°, ya en esta posición se aduce, con el dedo pulgar y el resto de la mano se empuja hacia afuera y hacia arriba tratando de dislocar la cadera, la cual regresa a su posición normal cuando se retira la presión, dicho hallazgo significaría que la cadera es luxable o inestable, considerándose Barlow positivo (Brenes et. al., 2020). El signo de Galeazzi o Allis permite determinar el acortamiento de la pierna, se realiza colocando ambos miembros en flexión de 90°, poniendo en evidencia la diferencia de altura que quedan las rodillas y se visualiza una cadera más alta que la otra. Así mismo, el signo del pistón o telescopaje se hace posicionando al niño en decúbito supino. Se flexionan las caderas, los muslos se unen y las rodillas se doblan, con los pies apoyados sobre una superficie fija. Se mide la altura a la altura de las rodillas, que deben ser simétricas. Finalmente, el de Tredelemburg se nota en un niño que ya camina y consiste en que cuando el niño apoya la extremidad afectada, la cadera sana se posiciona por debajo de la línea normal. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2017).

Según el Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja (2018), La displasia de desarrollo de la cadera puede dividirse en dos categorías: displasia con cadera inestable y displasia con cadera estable, que se describen a continuación: La displasia con cadera estable sucede cuando, mediante maniobras para desestabilizar la cadera, se consigue mantener la relación articular a pesar de que el lugar sea poco profundo y plano. La displasia con cadera inestable se divide en dos tipos: luxación (cuando la relación articular coxofemoral se pierde por completo; es teratológica si sucede en el útero debido a trastornos musculares y no teratológica si ocurre en niños sanos) y subluxación (cuando la cabeza femoral logra mantenerse, aunque solo parcialmente, en contacto con la superficie articular).

En cuanto a las pruebas diagnósticas, la prueba más confiable y de primer orden es la evaluación clínica, la que debe ser realizada por un profesional capacitado, principalmente un terapeuta físico y de rehabilitación, porque muchas veces la displasia no se percibe en el nacimiento, tiene que tener la pericia científica y práctica para diagnosticarlo. También se puede diagnosticar a través de radiografías y ecografías (Stanford Children's Health, 2020). Boyadjiev (2018), agrega que, el examen físico juega un papel importante en la detección temprana de la displasia de cadera, sobre todo en la etapa neonatal. Durante el examen físico se deben realizar las maniobras de Ortolani y Barlow, para lo cual se recomienda evaluar las rodillas por separado. Además, sugiere complementar con estudios radiológicos en los lactantes de alto riesgo.

En el tratamiento de este tipo de displasia se pone como objetivo “obtener una cadera reducida sin deformaciones residuales, así como evitar las complicaciones y las secuelas”; pero se recomienda realizar un diagnóstico temprano para asegurar una evolución satisfactoria y reversión de esta displasia; o sea, conseguir que la cadera obtenga características normales, sin ningún tipo de limitación funcional (García, 2018). Cuando la displasia de cadera es leve, se puede resolver con la aplicación de una prótesis blanda, que mantiene el fémur en su sitio, alargando ligeramente las piernas, y que permite, al mismo tiempo, que el niño se pueda mover con libertad. El especialista recomienda a la madre que tome al niño de manera que esté montado sobre un lado el mayor tiempo posible, y también que el niño duerma boca arriba (la posición en la que siempre debe dormir), con las piernas un poco abiertas. En casos de malformación "media", se utilizan prótesis rígidas que impiden que el niño pueda estirar o unir las piernas, manteniéndolas ligeramente abiertas y dobladas. En el caso de una displasia grave de cadera, es necesario colocar un vendaje que inmovilice por completo la pelvis y la pierna durante tres semanas. (Romo, 2017). En los niños menores de 2 años, en los que no se ha conseguido una reducción efectiva con el tratamiento anterior, o en los casos de los niños con esta displasia teratológica, se justifica el tratamiento quirúrgico, este procedimiento se llama reducción abierta de la cadera (García, 2018). Pero, cuando el diagnóstico y el tratamiento se realizan a temprana edad (en este caso antes de los 3 meses de vida), la evolución y el pronóstico suelen ser satisfactorios; pues en la mayoría de los casos desarrollan una cadera normal y funcional, sin deformidad y sin ningún tipo de secuelas (Bermejo, 2016). El tratamiento de esta DDC puede ser fisioterapéutico o quirúrgico para evitar repercusiones en la adultez; ya que una displasia muy severa puede presentar síntomas o limitaciones a los 20 años, la subluxación moderada el cuadro clínico lo puede desencadenar a los 30 a 40 años y los que padecieron subluxación leve a los 55 a 60 años. El trabajo del fisioterapeuta también es vital después de la operación para disminuir el riesgo de una reintervención quirúrgica y en la recuperación del paciente (Basilio, 2018). Como se mencionó líneas atrás, si la displasia no se trata a tiempo, o no se trata, la cadera no se desarrollará adecuadamente; pues con el paso del tiempo puede afectar el cartílago blando (labrum) y provocar un desgarramiento del labrum de la cadera. La DDC también puede producir artrosis, en la adultez, que se acompaña con dolor moderado a intenso (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2020). Pero, también se pueden presentar complicaciones, como: “Necrosis avascular de la epífisis de la cabeza femoral por compresión del cartílago y obstrucción de la circulación, recidiva de la luxación,

subluxación residual, displasia acetabular y claudicación” (Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, 2018).

La DDC puede presentarse de forma aislada o puede ser la manifestación de algunas patologías neuromusculares o un síndrome mal formativo, o de género. Sin embargo, hay factores que se consideran de riesgo para contraerla, por tanto, el presente trabajo se sustenta teóricamente en el modelo del Enfoque de Riesgo. El cual es definido como un método para medir la necesidad de atención de grupos específicos basado en el concepto de riesgo; también es considerado como una herramienta muy útil para definir la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud, contribuye a determinar que algunos tienen más probabilidad de enfermar o morir que otros (Labori, 2016).

Desde la epidemiología, este enfoque se considera como un procedimiento que ayuda a medir la necesidad de atención de la persona o grupos humanos específicos y es muy importante porque asiste para establecer prioridades sanitarias, con el fin de determinar las necesidades de reestructuración de los servicios de salud. Asimismo, busca optimizar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos con mayor grado de vulnerabilidad, se da más énfasis y prioridad a los que tienen mayor necesidad de atención (Beber, 2017). De lo que se puede deducir de la definición anterior, esto implica que la atención sanitaria no es equitativa y requiere que los recursos destinados a ella sean redistribuidos y utilizados de manera más eficaz y eficiente, en función de las demandas de personas o colectivos poblacionales y, especialmente, según el principio de justicia distributiva, que demanda otorgar más a quienes tienen mayores necesidades (Labori, 2016).

El análisis del riesgo es importante para evaluar las necesidades de atención de las poblaciones vulnerables, mientras más exacta sea la medición del riesgo, mejorará la comprensión de las necesidades de la población y se implementarán medidas de atención más efectivas y de mayor impacto, en el caso que nos compete en este estudio, es evaluar el riesgo de los niños menores de 2 años de padecer de displasia de desarrollo de cadera. Por eso, para garantizar la captación de estos niños o grupos de niños con mayor riesgo de sufrir de algún tipo de displasia de cadera, se precisa contar con los instrumentos adecuados para su identificación de manera temprana, los cuales deben ser implementados en los servicios de salud y, además de personal calificado (Abril et. al., 2019). Por tanto, Se define como factor de riesgo a cualquier rasgo o situación que se pueda detectar en una persona o en un conjunto de individuos, y que se conoce por estar

vinculada con una mayor probabilidad de sufrir, desarrollar o tener una exposición particular a un proceso mórbido. Dichos factores pueden ser de índole biológica, ambiental, conductual, socio-cultural o económica e, incluso, puede interactuar entre ellos y aumentar el riesgo a enfermar (Organización Mundial de la Salud, 2020). Según Méndez, Castro y Martínez (2020) en su investigación considera como factor de riesgo la posición intrauterina (presentación podálica a partir de 34 semanas de gestación), factores genéticos (antecedentes familiares, sexo femenino y parto gemelar), factores ambientales (madre primípara, prematuridad) y oligohidramnios; y otros factores de riesgo menores considerados son: macrosomía fetal, gestación múltiple, presencia de miomas uterinos, útero bicórneo, amniocentesis y la edad materna avanzada. Por tanto, la presencia de un factor de riesgo significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con otras personas no expuestas a dicho factor; o sea, que sólo es para un grupo específico. Desde esta perspectiva, se puede decir que, sirven como elemento para predecir la futura presencia de la enfermedad; un factor de riesgo no es necesariamente causal (Beber, 2017). Relacionado con nuestro tema de investigación, el factor de riesgo se definiría como “toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de sufrir una enfermedad luxante de la cadera. Son potentes predictores de la enfermedad y, por tanto, nuestros signos centinela de displasia”. Estos factores se pueden presentar de forma aislada o en interacción de 2 o más (Abril, Vara, Egea y Montero, 2019).

Muchos son los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de que un niño padezca de displasia de cadera, los cuales se clasifican en predisponentes (antecedentes familiares, sexo, edad materna avanzada, laxitud ligamentaria, familiar, edad gestacional, tabaquismo materno, raza) y determinantes (primiparidad, presentación podálica, macrosomía fetal, embarazo múltiple, forma de pelvis materna, anomalías uterinas, oligohidramnios, extensión brusca de caderas del RN, envoltura rígida del neonato, factores hormonales) (Abril et. al., 2019).

Los antecedentes familiares y genéticos juegan un papel esencial en la presentación de displasia de desarrollo de cadera; porque en lactantes que tuvieron antecedentes familiares se presentó en promedio del 1 al 4% y en niños menores de 2 años fue del 6% cuando había un lactante previo con esta displasia, en un 12% cuando el papá también la tuvo y la cifra se eleva a un 36% cuando el papá y un lactante presentaron esta displasia (Rosenfeld, 2019). En la cadera izquierda se presenta con una ligera mayor frecuencia, debido a la posición del feto dentro de la cavidad uterina (Romero, 2017). Por otro lado,

los antecedentes familiares, la presencia de oligohidramnios en el tercer trimestre de gestación, los embarazos múltiples y la edad avanzada materna, entre otros; son factores poco o nada influyentes en la predisposición de la displasia de cadera en los niños; pero unidas a otras o entre sí pueden condicionar su inclinación a esta patología (Rosa, 2019; Pomataylla, 2019; Caballero, 2016). El sexo también es una variable que influye mucho en esta patología de la cadera, con más frecuencia se presenta en las niñas que en los niños, con una relación de 6:1, debido a la hormona relaxina materna, porque contribuye al aumento transitorio de la laxitud ligamentosa y subsecuente displasia (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2017). Se dice que, la edad materna avanzada se relaciona con la prevalencia de DDC en sus productos, las gestantes entre 30 y 34 años al momento de la concepción tienen 2,4 más probabilidad de que sus hijos padezcan (Urtecho, 2017). Asimismo, Rosa (2019), encuentra como factor predisponente a esta luxación a la edad gestacional, los RN con edad gestacional mayor a 40 semanas presentan mayor riesgo que los bebés nacidos a las 38 semanas, debido a la disminución del espacio intrauterino y limitación del movimiento. De igual manera, la primiparidad también es un factor de riesgo para esta displasia porque se ha verificado que en el primer embarazo "el útero tiene menos elasticidad y la tensión de los músculos abdominales ejerce presión sobre el contenido del útero" (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2017).

Aunque no está demasiado clara su influencia directa en la DDC, pero la presentación podálica en los recién nacidos también se consideran un factor de riesgo para esta displasia, quizás no muy frecuente; su explicación estaría en que la cabeza del fémur se mantenga fuera del acetábulo de la pelvis y, por eso los niños que nacen de nalgas tengan las piernas abiertas, similares a las ranas pequeñas. Además, en los embarazos múltiples también se presenta esta tendencia por la limitación de la movilidad del feto, en poco espacio de la cavidad intrauterina (Romero, 2017). Urtecho (2017), afirma que la macrosomía fetal, productos con 4000 g. a más tienen más "probabilidades de mostrar datos de displasia de cadera al nacer, con una probabilidad 2,15 veces más alta que en aquellos con peso más bajo de 2,500 g". Además, agrega que, la paridad de la madre también tiene cierta influencia, pues en la primiparidad se relaciona con 2,1 más probabilidad de que sus hijos presenten DDC. También la presencia de oligohidramnios durante las últimas semanas de gestación puede desencadenar en esta luxación de cadera (Abril et. al., 2019). Esta incidencia está relacionada a sus factores de riesgo, como el sexo femenino con 76,47% (Rosa, 2019), el 74,8% (Pomataylla, 2019) y 52,88%

(Urtecho, 2017; Caballero, 2016); luego la edad del niño siendo la más frecuente entre 1 a 6 meses (Caballero, 2016; Cuenca y Gordillo, 2015). Y, en tercer lugar, ocupa la primiparidad (Rosa, 2019; Urtecho, 2017). Con menor frecuencia se presentan con la presentación cefálica (Pomataylla, 2019; Rosa, 2019); el peso adecuado al nacer (menos a 3000 g.) (Rosa, 2019; Caballero, 2016; Mosquera, 2016).

La Justificación de la investigación menciona que la displasia de cadera en los niños menores de 2 años es un problema sanitario presente en la población infantil, siendo un problema multicausal y que puede presentar incapacidad funcional en la etapa adulta; por tanto, el presente proyecto de tesis se encuentra justificado en lo siguiente:

De justificación teórica se sustenta porque a nivel regional y local no hay estudios actualizados sobre la DDC en niños menores de 2 años, por lo que la realización del proyecto permitirá actualizar la información de la incidencia y factores de riesgo de la DDC de la población en estudio, sugiriendo alternativas de solución de acuerdo a los resultados de la investigación. Además, se empleará en investigaciones futuras como base o punto de partida para formular hipótesis.

De justificación social de este estudio se sustenta en que los padres de los niños menores de 2 años con DDC del Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, tomarán conciencia de la importancia del oportuno y temprano tratamiento terapéutico y la rehabilitación, para prevenir consecuencias incapacitantes a largo plazo y corto plazo de la DDC, porque al obtener el diagnóstico situacional se implementarán programas de intervención a esta población. Asimismo, destacará la imagen profesional del tecnólogo médico porque desempeña un rol crucial en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la DDC en la población infantil; además, de la concientización de los padres y pacientes del papel de su participación en su trabajo.

De Justificación metodológica, tiene sus bases en que permitirá establecer un diagnóstico situacional de la incidencia y factores de riesgo de la DDC en los niños menores de 2 años y será la base para que la jefatura en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, implemente medidas para tratar este problema musculoesquelético de los niños.

La realidad problemática de la displasia del desarrollo de la cadera (DDC) es una enfermedad que, si no se diagnostica y trata con prontitud, puede tener consecuencias a largo plazo, como el dolor crónico, las complicaciones y la morbilidad. También incluye trastornos de la marcha y la necesidad de procedimientos complejos para reparar secuelas,

y hasta artrosis degenerativa. (Díaz y Henríquez, 2020). Las causas están asociadas a factores genéticos, ambientales y la posición intra uterina; aunque las causas siguen siendo desconocidas. El diagnóstico en los primeros meses de vida es fundamental, ya que permite formar una cadera normal y prevenir la coxartrosis precoz (Minsa, 2023).

A nivel mundial, se calcula una incidencia de hasta 34 casos por cada 1 000, y una prevalencia (1.5 %) de nacidos vivos (Monzón, y Cortéz, 2022); según Agreda (2024) A nivel global, la incidencia de la DDC es de 1,5 por cada 1000 recién nacidos vivos; en Estados Unidos, la incidencia de luxación y displasia/subluxación de cadera es de 1 y 10 por cada mil nacidos. Se estima que el 5 % de los nacimientos en Latinoamérica han sido afectados por las diferentes formas de displasia. Al ser un problema global, se han implementado métodos para el diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, con el fin de prevenir complicaciones que puedan afectar la marcha o incluso la capacidad de estar de pie (Monzón, y Cortéz, 2022). A nivel nacional, Valdivia y Flores (2024) indican que el Minsa calcula que aproximadamente uno de cada 50 a mil nacidos vivos presentan DDC. Sin embargo, cabe mencionar que no hay un estudio estadístico específico en el Perú que respalde dicha información. Según datos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1 de cada 20 neonatos presenta DDC, también encontró un bajo nivel de conocimiento en los padres acerca del tema y por ello un tratamiento tardío (Romero, 2024). Por consiguiente, se planteó lo siguiente: ¿Cuáles son los factores de riesgo para displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024?

En la Variable de factores de riesgo su definición conceptual es aquella condición y cualidad que aparecen relacionados con el evento o enfermedad que se está analizando. No es necesariamente la causa, simplemente resulta que están vinculados al suceso. Como representan una probabilidad que se puede medir, poseen valor predictivo y pueden emplearse con beneficios en la prevención individual y agrupación (Orellana, 2024). En cuanto a la definición operacional son circunstancias o situaciones que aumentan las posibilidades de que un individuo padezca de una enfermedad luxante en la cadera. Son predictores de una enfermedad.

La variable de DDC se definió conceptualmente como la alteración ortopédica más importante en los neonatos incluye varias anomalías en la articulación coxofemoral, donde la cabeza del fémur está inestable o incongruente con el acetábulo, (Villegas e

Illescas, 2022). Y la definición operacional viene a ser una anomalía de la articulación de la cadera, donde la cabeza femoral no encaja en la cavidad acetabular, ya sea por inmadurez o falta de desarrollo osteoarticular asociados a diferentes factores.

La Hipótesis por ser un trabajo descriptivo la hipótesis esta implícita (nula).

El objetivo general: fue Determinar los factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024. Y los Específicos son. Determinar el factor de riesgo según el sexo para la displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024. Identificar los factores de riesgo predisponentes para la displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024. Identificar el factor de riesgo según la topografía para la displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024.

Metodología

Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

El Tipo y diseño de la investigación fue básica, descriptiva, cuantitativa, retrospectiva y transeccional.

Es básica porque no se resuelve ningún problema inmediato, sirve de base teórica para otras investigaciones (Arias y Covinos, 2021). Es descriptiva porque describe una situación o fenómeno que se puede observar y se sugiere, basándose en datos verificables, unas condiciones viables para solucionar el problema analizado (Fuentes, et al. 2020). Es cuantitativa porque se sustenta desde la base teórica y dar respuesta a los datos obtenidos, este estudio identifica variables, dimensiones e indicadores (Fuentes, et al. 2020). Es retrospectivo ya que se trata de mirar hacia atrás, a un evento que ya tuvo lugar, cuyo objetivo en el ámbito de la salud es validar alguna hipótesis formulada sobre la etiología de una enfermedad (Hernández y Mendoza, 2019). Es transeccional, porque se recolectan datos en un solo instante (Salas, 2017), describe sus variables y analiza su incidencia (Fuentes, et al. 2020).

Diseño de investigación

La investigación fue de diseño no experimental, porque ya que está fundamentada en la observación y el análisis posterior; las variables no serán manipuladas a favor del investigador (Fuentes, et al. 2020).

Población y Muestra

Población

Según, Fuentes, et al. 2020, establece que la población es el universo de estudio de la investigación, cuyos resultados se busca generalizar. La población fue de 150 niños menores de 24 meses atendidos en consultorios del Policlínico Santo Domingo de Guzmán – Yungay 2024.

Muestra

La muestra es una porción o un subconjunto de la población que selecciona el investigador como unidades o elementos para el estudio para obtener información confiable y representativa (Fuentes, et al. 2020). La muestra conto con 80 niños menores

de 2 años asistidos en consultorios externos del Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024, los cuáles fueron escogidos de forma aleatoria.

Se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para mejores resultados; Criterios de inclusión: Niños de 0 a 24 meses 0 días con diagnóstico definitivo de la displasia de desarrollo de la cadera; Niños de 0 a 24 meses 0 días que fueron diagnosticados en el Policlínico Santo Domingo de Yungay; Historias clínicas que contengan todos los datos necesarios para el llenado completo del instrumento. Criterios de exclusión: Niños de 0 a 24 meses 0 días con diagnóstico presuntivo de la displasia de desarrollo de la cadera; Historias clínicas con datos incompletos para el llenado del instrumento.

Técnicas e instrumentos de investigación

La técnica que se aplicó fue la ficha de recolección de datos, a través del llenado de un formulario estructurado. La fuente documental para el llenado del instrumento es la historia clínica de los niños de 0 a 24 meses 0 días, de donde se consignarán los datos necesarios. Según (Fuentes, et al. 2020) comprende como el conjunto de normas y métodos que asisten al investigador, para determinar la relación con el objeto o sujeto de estudio. El investigador emplea el instrumento como medio para recoger y registrar información. (Fuentes, et al. 2020). El instrumento para la recolección de información fue: “Ficha de Factores de Riesgo para la displasia del desarrollo de cadera”. Este instrumento consta de 3 partes: I: Factores de riesgo, donde se consignan 4 preguntas de factores predisponentes (1 de antecedentes familiares, 1 de sexo, 1 de edad materna y 1 de edad gestacional) y 5 de factores determinantes (1 de primiparidad, 1 de presentación podálica, 1 macrosomía fetal, 1 de embarazo múltiple y 1 de oligohidramnios); II: derecha, izquierda, bilateral.

El Procesamiento y análisis de la información los datos que se adquirieron a partir de la “ficha de factores de riesgo” fueron tabulados en el software Microsoft Excel versión 2021, posteriormente, se generó una base de datos con el programa estadístico SPSS (Statistical Package of the Social Science) versión 26. El análisis estadístico descriptivo se pudo llevar a cabo gracias a los datos. Los resultados se mostraron en tablas y se discutieron a partir de los antecedentes y el marco teórico. Se establecieron las conclusiones considerando los propósitos del estudio.

Resultados

Se expone los principales hallazgos obtenidos tras el análisis estadístico de la muestra estudiada, con énfasis en la distribución de la topografía diagnóstica en función de diversas características maternas, fetales y obstétricas. Se presentan tablas de contingencia que permiten visualizar la relación entre la localización diagnóstica y variables tales como antecedentes familiares, sexo y peso del producto, edad materna, edad gestacional, presentación podálica, embarazo múltiple y presencia de oligohidramnios. Los resultados: se describen en términos de frecuencias y porcentajes, con el objetivo de identificar patrones de distribución y posibles asociaciones relevantes para la comprensión de los factores involucrados en la topografía diagnóstica de la población analizada.

Tabla 1

Distribución de la topografía diagnóstica según antecedentes familiares

Antecedentes Familiares	Dx Topografía						Total	
	Derecha		Izquierda		Bilateral		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Si	6	7.50	8	10.00	6	7.50	20	25.00
No	9	11.25	28	35.00	11	13.75	48	60.00
Desconoce	4	5.00	6	7.50	2	2.50	12	15.00
Total	19	23.75	42	52.50	19	23.75	80	100.00

La Tabla 1 muestra la distribución de los antecedentes familiares según la topografía del diagnóstico (derecha, izquierda o bilateral) en una muestra de 80 participantes. Se observa, que una mayoría de individuos no refieren antecedentes familiares, representando el 60% del total. Por otro lado, el 25% manifestó antecedentes familiares positivos, mientras que el 15% desconoce esta información.

Al analizar la distribución por topografía, se evidencia que el mayor porcentaje de casos corresponde a la localización izquierda, con el 52.5% de los participantes, seguido de la topografía derecha y bilateral, ambas con el 23.75%. Específicamente, entre quienes refieren antecedentes familiares, la mayor frecuencia se presenta en la localización izquierda (10%), seguida de la derecha (7.5%) y bilateral (7.5%). En el grupo sin antecedentes familiares, predomina nuevamente la localización izquierda, con un 35%, seguida de la bilateral (13.75%) y derecha (11.25%).

Cabe resaltar que el porcentaje de participantes que desconoce sus antecedentes familiares es menor, y dentro de este grupo, también se observa un predominio de la localización izquierda (7.5%), en comparación con la derecha (5%) y la bilateral (2.5%).

Tabla 2

Distribución de la topografía diagnóstica según sexo del producto

Sexo del Producto	Dx Topografía						Total	
	Derecha		Izquierda		Bilateral		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Mujer	15	18.75	26	32.50	9	11.25	50	62.50
Hombre	4	5.00	16	20.00	10	12.50	30	37.50
Total	19	23.75	42	52.50	19	23.75	80	100.00

La Tabla 2 detalla la distribución de la topografía diagnóstica según el sexo del producto, en una muestra total de 80 casos. De acuerdo con los datos, el 62.5% corresponde a mujeres y el 37.5% a hombres.

Al observar la distribución según la topografía diagnóstica, se identifica que tanto en mujeres como en hombres, la localización más frecuente es la izquierda. En el caso de las mujeres, el 32.5% presenta diagnóstico en la izquierda, mientras que el 18.75% y el 11.25% presentan diagnóstico en la derecha y bilateral, respectivamente. En la población masculina, el 20% corresponde a la topografía izquierda, el 5% a la derecha y el 12.5% a la bilateral.

Cabe señalar que la proporción de casos con diagnóstico bilateral es ligeramente mayor en los hombres (12.5%) que en las mujeres (11.25%). Sin embargo, el predominio de la localización izquierda es consistente en ambos sexos. Asimismo, se observa que en el sexo femenino existe una mayor dispersión en la distribución de los diagnósticos hacia la derecha, mientras que, en el sexo masculino, la diferencia más notoria radica en la topografía bilateral.

Tabla 3

Distribución de la topografía diagnóstica según edad materna

Edad Materna	Dx Topografía						Total	
	Derecha		Izquierda		Bilateral		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Si	7	8.75	13	16.25	6	7.50	26	32.50
No	12	15.00	29	36.25	13	16.25	54	67.50
Total	19	23.75	42	52.50	19	23.75	80	100.00

La Tabla 3 se encuentra la distribución de la topografía diagnóstica en función a la edad materna, diferenciando entre quienes cumplen (Sí) y no cumplen (No) con un determinado criterio de edad. Del total de 80 participantes, el 32.5% corresponde al grupo que cumple con la condición de edad materna establecida, mientras que el 67.5% pertenece al grupo que no la cumple.

Al analizar la topografía diagnóstica en cada grupo, se observa que la localización izquierda es la más frecuente, tanto en madres que cumplen con el criterio de edad (16.25%) como en aquellas que no lo cumplen (36.25%). En segundo lugar, se encuentra la localización derecha, con 8.75% en el grupo que cumple y 15% en el que no cumple. Finalmente, la topografía bilateral representa el 7.5% y el 16.25% en los grupos que cumplen y no cumplen con el criterio de edad materna, respectivamente.

Tabla 4

Distribución de la topografía diagnóstica según edad gestacional

Edad Gestacional	Dx Topografía						Total	
	Derecha		Izquierda		Bilateral		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Menor a 36	3	3.75	3	3.75	0	0.00	6	7.50
Entre 36 a 40	14	17.50	34	42.50	12	15.00	60	75.00
Mayor a 40	2	2.50	5	6.25	7	8.75	14	17.50
Total	19	23.75	42	52.50	19	23.75	80	100.00

La Tabla 4: según la distribución de la topografía diagnóstica con relación a los rangos de edad gestacional en una muestra de 80 casos. De acuerdo con los datos, la mayor proporción de participantes se ubica en el rango de 36 a 40 semanas de edad gestacional (75%), seguidos por el grupo mayor a 40 semanas (17.5%) y, finalmente, por los menores a 36 semanas (7.5%).

Analizando la topografía diagnóstica dentro de cada grupo, se observa que la localización izquierda es la más frecuente en todos los rangos de edad gestacional. En el grupo de 36 a 40 semanas, el 42.5% presenta diagnóstico en la izquierda, mientras que el 17.5% corresponde a la derecha y el 15% a la bilateral. En el grupo mayor a 40 semanas, la topografía izquierda representa el 6.25%, la derecha el 2.5% y la bilateral el 8.75%. Por su parte, en el grupo menor a 36 semanas, la distribución es equitativa entre derecha e izquierda (3.75% cada uno), y no se presentan casos con diagnóstico bilateral.

Es importante destacar que la proporción de diagnósticos bilaterales aumenta ligeramente en los grupos de mayor edad gestacional, alcanzando el 8.75% en mayores de 40 semanas, mientras que en los menores a 36 semanas no se reportan casos de bilateralidad. Sin embargo, en todos los grupos, la tendencia general es el predominio de la localización izquierda, seguida por la derecha y, en menor proporción, la bilateral.

Tabla 5

Distribución de la topografía diagnóstica según presentación podálica

Presentación Podálica	Dx Topografía						Total	
	Derecha		Izquierda		Bilateral		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Si	2	2.50	7	8.75	5	6.25	14	17.50
No	17	21.25	35	43.75	14	17.50	66	82.50
Total	19	23.75	42	52.50	19	23.75	80	100.00

La Tabla 5 muestra la distribución de la topografía diagnóstica según la presencia o ausencia de presentación podálica en una muestra de 80 casos. encontramos que la mayoría de los niños no presenta posición podálica, representando el 82.5% del total, mientras que el 17.5% sí presenta esta condición.

En cuanto a la distribución de la topografía diagnóstica entre los participantes con presentación podálica, el mayor porcentaje corresponde a la localización izquierda (8.75%), seguido de la bilateral (6.25%) y, en menor proporción, la derecha (2.5%). En contraste, entre los participantes sin presentación podálica, predomina también la topografía izquierda (43.75%), seguida por la derecha (21.25%) y la bilateral (17.5%).

Tabla 6

Distribución de la topografía diagnóstica según peso del producto

Peso del Producto	Dx Topografía						Total	
	Derecha		Izquierda		Bilateral		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Menor a 2 kg	4	5.00	6	7.50	2	2.50	12	15.00
Entre 2 a 3 kg	14	17.50	33	41.25	12	15.00	59	73.75
Mayor a 3 kg	1	1.25	3	3.75	5	6.25	9	11.25
Total	19	23.75	42	52.50	19	23.75	80	100.00

La Tabla 6 expone la distribución de la topografía diagnóstica en función del peso del producto al nacer, categorizado en tres rangos: menores a 2 kg, entre 2 a 3 kg y mayor a 3 kg. Del total de 80 participantes, la mayoría pertenece al rango de 2 a 3 kg (73.75%), seguido por los menores a 2 kg (15%) y los mayores a 3 kg (11.25%).

Al analizar la topografía diagnóstica dentro de cada grupo de peso, se identifica que la localización izquierda es la más frecuente en todos los rangos. En los productos con peso entre 2 y 3 kg, el 41.25% corresponde a topografía izquierda, el 17.5% a derecha y el 15% a bilateral. Para los menores a 2 kg, la proporción es de 7.5% para izquierda, 5% para derecha y 2.5% para bilateral. Finalmente, en el grupo mayor a 3 kg, el 3.75% presenta localización izquierda, 1.25% derecha y 6.25% bilateral.

Es relevante destacar que, si bien la tendencia general se mantiene en todos los grupos, la distribución de los casos bilaterales es proporcionalmente mayor en los productos de mayor peso (6.25%) en comparación con los otros rangos, aunque el número absoluto de casos en este grupo es pequeño. Asimismo, en el rango predominante (2 a 3 kg), se observa una marcada concentración en la topografía izquierda.

Tabla 7

Distribución de la topografía diagnóstica según embarazo múltiple

Embarazo Múltiple	Dx Topografía						Total	
	Derecha		Izquierda		Bilateral		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Si	2	2.50	3	3.75	2	2.50	7	8.75
No	17	21.25	39	48.75	17	21.25	73	91.25
Total	19	23.75	42	52.50	19	23.75	80	100.00

La Tabla 7: describe sobre la distribución de la topografía diagnóstica en relación con la presencia de embarazo múltiple en una muestra de 80 participantes. Del total, el 8.75% correspondió a embarazos múltiples, mientras que la gran mayoría, el 91.25%, fueron embarazos simples.

En el grupo con embarazo múltiple, la frecuencia de los diagnósticos se distribuye de la siguiente manera: 3.75% para la topografía izquierda, 2.5% para la derecha y 2.5% para la bilateral. Por otro lado, en el grupo sin embarazo múltiple, la localización izquierda representa el 48.75%, la derecha el 21.25% y la bilateral el 21.25%.

Tabla 8

Distribución de la topografía diagnóstica según presencia de oligohidramnios

Oligohidramnios	Dx Topografía						Total	
	Derecha		Izquierda		Bilateral		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Si	2	2.5	11	13.75	4	21.25	17	21.25
No	17	21.25	31	38.75	15	78.75	63	78.75
Total	19	23.75	42	52.50	19	23.75	80	100.00

La Tabla 8: muestra la distribución de la topografía diagnóstica en relación con la presencia de oligohidramnios en una muestra de 80 casos. Observamos que el 21.25% de los niños presentaron oligohidramnios, mientras que el 78.75% no tuvieron esta condición.

En el grupo con oligohidramnios, la localización izquierda es la más frecuente (13.75%), seguida por la bilateral (5%) y, en menor medida, la derecha (2.5%). Por su parte, entre los participantes sin oligohidramnios, el 38.75% presenta topografía izquierda, el 78.75% bilateral y el 21.25% derecha.

Cabe destacar que, en ambos grupos, la topografía izquierda sigue siendo la de mayor frecuencia, aunque en el grupo sin oligohidramnios se observa una mayor dispersión de los casos hacia las otras topografías. Asimismo, la proporción de casos bilaterales es ligeramente más elevada en los participantes sin oligohidramnios (78.75%) respecto a quienes sí presentan esta condición (5%).

Análisis y discusión

En los resultados obtenidos, con respecto al primer objetivo específico “Determinar el factor de riesgo según el sexo para la displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay”. Según con los resultados encontrados, un 62.5% corresponde a mujeres y en hombres el 37.5%, se encuentra que, tanto en mujeres como en hombres, la localización más frecuente es en la izquierda. En caso de las mujeres, el 32.5% presenta diagnóstico en la izquierda, mientras que un 18.75% presentan diagnóstico en la derecha y el 11.25% bilateral. En la población masculina, el 20% corresponde a la topografía izquierda, el 5% a la derecha y el 12.5% a la bilateral.

En su estudio, Gutiérrez (2024) menciona que un 42,62 % tiene 3-6 meses, sexo femenino (50,27%); Según, Orellana (2024), encontró: factores genéticos (47.5%), sexo masculino (44.2%), sexo femenino (47.5%), en la edad gestacional: un 5% son del sexo masculino, y el 2.5% del sexo femenino. Así mismo, Valdivia y Flores (2024), encontró una incidencia (48,3 %) en displasia congénita de cadera, con mayor prevalencia en bebés de 3 a 6 meses (68,3 %) a comparación de 7 a 12 meses (31,7 %). Del mismo modo, Santos, Ortega, Jovel y Rodríguez (2023), encontró que el sexo femenino tenía el 13 (76.47%), con maniobras de Ortolani y Barlow negativas el 15 (88.24%) y con DCD bilateral 9 (53%). Espinosa (2021), el sexo femenino 85.7%, En tanto, a Durán, Crispin y Guizada (2021), encuentra una mayor asociación para la displasia de cadera al sexo femenino (139.04), Romo (2020), un 53.2% son del sexo femenino y el 46.8% son del sexo masculino, con una prevalencia según grupo de muestras que un 52% son menores de 9 a 12 meses, luego el 45.1% menores de 5 a 8 meses y por último un menor porcentaje en menores de 0 a 4 meses (2.9%). Samaniego (2020), en su estudio de displasia de cadera 52 (84%), observó el mayor número de casos entre los 9 meses a un año (42 %) con 22 casos. Respecto al género, se encuentra mayor porcentaje en el sexo femenino (62%), y al sexo masculino un 38 %.

En el segundo objetivo, Identificar los factores de riesgo predisponentes para la displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024. Se encontró que, la mayoría de los pacientes no refieren antecedentes familiares (60%). Por otro lado, un 25% manifestó antecedentes familiares positivos, y el 15% desconoce de esta información. Encontrándose que la mayor

frecuencia se presenta en la izquierda (10%), seguida de la derecha (7.5%) y bilateral (7.5%). En el grupo sin antecedentes familiares, predomina nuevamente la localización izquierda, con un 35%, seguida de la bilateral (13.75%) y derecha (11.25%). Cabe resaltar que el porcentaje de participantes que desconoce sus antecedentes familiares es menor, y dentro de este grupo, también se observa un predominio de la localización izquierda (7.5%), en comparación con la derecha (5%) y la bilateral (2.5%).

De la misma forma Orellana (2024) en su investigación el antecedente familiar es (0.8%). Mientras que Espinosa (2021), encontró en sus antecedentes familiares un 78.5%, para Durán, Crispin y Guizada (2021), los antecedentes familiares (2.54), Romo (2020), antecedentes familiares un 5.8%. Mientras que Gutiérrez (2024) refiere que no hay ninguna incidencia familiar (80,33%), el (91,80%) no tiene ningún problema musculoesquelético, no recibió información acerca de entablillar (87,98%).

Según la edad materna, un 32.5% cumple con la condición de edad materna establecida, mientras que el otro 67.5% pertenece al grupo que no la cumple, la localización izquierda es la más frecuente, tanto en madres que cumplen con el criterio de edad (16.25%) como en aquellas que no lo cumplen (36.25%). En segundo lugar, se encuentra la localización derecha, con 8.75% en el grupo que cumple y 15% en el que no cumple. Finalmente, la topografía bilateral representa el 7.5% que cumplen y el 16.25% no cumplen con el criterio de edad materna. En concordancia con Santos, Ortega, Jovel y Rodriguez (2023) refiere que los hijos de madres primerizas RR: 2.61, de 24 años o menores RR:3.58, oligohidramnios RR:2.55. En relación a los RN; sexo femenino (RR 3.37), presentación pélvica RR 4.9, y con antecedentes familiares de DCD: RR 2.55. El embarazo múltiple, fue un factor protector RR 0.00. Romo (2020), la edad materna de 19 a 35 años (68.8%) y en madres mayores de 35 años un 31.2%.

En la edad gestacional, un 75% representa el rango de 36 a 40 semanas de edad gestacional, seguido por un 17.5% del grupo mayor a 40 semanas y finalmente un 7,5 % en menores a 36 semanas. Se observa que según la localización izquierda es la más frecuente en todos los rangos de edad gestacional. En el grupo de 36 a 40 semanas, el 42.5% presenta diagnóstico en la izquierda, mientras que el 17.5% corresponde a la derecha y el 15% a la bilateral. En el grupo mayor a 40 semanas, la topografía izquierda representa el 6.25%, la derecha el 2.5% y la bilateral el 8.75%. Por su parte, en el grupo menor a 36 semanas, la distribución es equitativa entre derecha e izquierda (3.75% cada

uno), y no se presentan casos con diagnóstico bilateral. Moya (2020), en su estudio demostró, madre primípara (72.9%), antecedente materno de DDC (38.5%) ; sexo femenino (66.7%); pretérminos (15.6%) y edad materna > 35 años (14.6%). Del mismo modo Durán, Crispin y Guizada (2021), gestantes primíparas (4.52), al igual que Romo (2020), observa que un 13.9% son menores de madres cuya edad gestacional fue menor a 37 semanas, y un 86.1% de 37 a 41 semanas.

Se observa que la mayoría de los pacientes no presenta posición podálica (82.5%), mientras que un 17.5%, sí presenta esta condición, el mayor porcentaje corresponde a la localización izquierda (8.75%), seguido de la bilateral (6.25%) y, en menor proporción, la derecha (2.5%). En contraste, entre los participantes sin presentación podálica, predomina también la topografía izquierda (43.75%), seguida por la derecha (21.25%) y la bilateral (17.5%). Gutiérrez (2024) en su estudio obtuvo un 89,62% con parto cefálico. Mientras, Romo (2020), observa según la presentación: fetal y podálica (12.7%), cefálica (87.3%). Durán, Crispin y Guizada (2021), encuentra una presentación podálica o transversa (12.58), y Espinosa (2021), encontró la presentación podálica en un 92.8%, y primogénito 64.2%. Para Moya (2020), presentación de nalgas (77.1%). Según el peso del producto al momento de nacer, la mayoría pertenece al rango de 2 a 3 kg con un 73.75%, seguido de menores a 2 kg (15%) y, los mayores a 3 kg (11.25%). Entre 2 y 3 kg, el 41.25% corresponde a topografía izquierda, el 17.5% a derecha y el 15% a bilateral. Para los menores a 2 kg, la proporción es de 7.5% para izquierda, 5% para derecha y 2.5% para bilateral. Finalmente, en el grupo mayor a 3 kg, el 3.75% presenta localización izquierda, 1.25% derecha y 6.25% bilateral.

En cuanto al embarazo múltiple, un 8.75% correspondió a embarazos múltiples, mientras que la gran mayoría fueron embarazos simples (91.25%), según la topografía el 3.75% se encuentra en la topografía izquierda, 2.5% en la derecha y 2.5% fue bilateral. Por otro lado, en el grupo sin embarazo múltiple, la localización izquierda representa un 48.75%, la derecha un 21.25% y bilateral el 21.25%. Para Durán, Crispin y Guizada (2021), en su investigación obtuvo un (3.71) productos gemelares. Y con respecto a oligohidramnios, Se obtiene que los participantes presentaron oligohidramnios el 21.25% , mientras que un 78.75% no tuvieron esta condición, la localización izquierda es la más frecuente (13.75%), seguida por la bilateral (5%) y, en menor medida, la derecha (2.5%). Por su parte, entre los participantes sin oligohidramnios, el 38.75% presenta topografía izquierda, el 78.75% bilateral y el 21.25% derecha. En tanto, Romo (2020), manifiesta

un (15.6%) en Oligohidramnios, y para Durán, Crispin y Guizada (2021), Oligohidramnios en un (2.06).

Y finalmente con el último objetivo, Identificar el factor de riesgo según la topografía para la DDC en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024. Se encontró que la distribución según la topografía, se evidencia que el mayor porcentaje de casos corresponde a la localización izquierda, con el 52.5% de los participantes, seguido de la topografía derecha y bilateral, ambas con el 23.75%. Para Samaniego (2020), en su estudio encontró que afecta más a la cadera derecha con un 44% respecto a la lateralidad.

Conclusiones

Considerando el primer objetivo sobre los factores de riesgo según el sexo en el grupo poblacional de niños con DDC menores de 2 años, se evidencia una mayor prevalencia del sexo femenino (62.5 %), a comparación al sexo masculino con un 37.5 %.

Por otro lado, con relación al factor de riesgo predisponente, evidenciamos que los antecedentes familiares (60%) no son un factor predisponente para la DDC, entre tanto la edad materna si es un factor para la DDC con un 67.5%; también se determinó que la edad gestacional no es un factor para desarrollar la DDC con el 75% en el rango de 36 a 40 semanas de gestación; en relación a la presentación podálica, no es un factor para la DDC ya que no presenta una posición podálica en un 82.5%; según el peso del producto no es un factor de riesgo con un porcentaje 73.75% en un rango de peso de 2 a 3 kg; en cuanto al embarazo múltiple tampoco representa un factor de riesgo evidenciando solo un 8.75%; y respecto a oligohidramnios se encontró que tampoco es un factor de riesgo ya que se obtuvo un 21.25%.

Finalmente, con respecto al último objetivo, según la topografía se evidencia un mayor porcentaje en el lado izquierdo con un 52.5%, seguido del lado derecho con un 23.75% y con el mismo porcentaje en la topografía bilateral.

Los factores de riesgo relacionados para la displasia de cadera, son el sexo y la edad materna, respecto a los otros puntos solo hay una baja incidencia que no se relaciona con la DDC, por otro lado, según la tomografía se encuentra que en el lado izquierdo hay mayor predisposición a comparación del lado derecho y bilateral.

Recomendaciones

A la institución, implementar programas de promoción y prevención mediante charlas, y programas de orientación al público. A los centros de salud donde se brinda la atención integral al niño implementar y orientar las formas de diagnosticar oportunamente para evitar complicaciones a futuro.

Al profesional de la salud, mejorar sus protocolos de controles prenatales, post natales, control de crecimiento y desarrollo del niño sano menores de 24 meses para tener un diagnóstico oportuno para la intervención de los fisioterapeutas según corresponda ya que la terapia física en un diagnóstico oportuno es fundamental para el desarrollo de niño y así evitar complicaciones.

A las futuras investigaciones, realizar estudios sobre la prevención, tratamiento de enfermedades musculoesqueléticas, para obtener un mejor manejo fisioterapéutico, así ayudar a la población con un trabajo oportuno

Agradecimiento

A la universidad San Pedro; por brindar una educación de calidad a sus estudiantes, y así formar excelentes profesionales para el futuro.

A mis docentes, compañeros de aula, por brindarme y compartir su aprendizaje y conocimientos, para así poco a poco ir aprendiendo durante la etapa universitaria, por compartir sus conocimientos y su experiencia a lo largo de su trayectoria profesional: por compartir sus experiencias, conocimientos en estos cinco años de vida universitaria.

Al gerente general del Policlínico Santo Domingo de Guzmán, al brindarme la confianza de poder efectuar mi investigación en dicho establecimiento.

A mi familia, por su amor, apoyo incondicional en esta etapa universitaria y durante mi proceso de investigación; y a todos los que permitieron que pueda realizar esta investigación.

Referencias bibliográficas

- Abril, J. C., Vara, I, Egea, R. M. y Montero, M. (2019). Displasia del desarrollo de la cadera y trastornos ortopédicos del recién nacido. *Revista Pediatría Integral*, XXIII (4), 176-186. Recuperado de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii04/01/n4-176-186_JuanAbril.pdf
- Agreda, A. (2024). Vigilancia epidemiológica de displasia de cadera en desarrollo diagnosticada por radiografía simple en menores de 6 a 24 meses del Hospital Clarita Santos de Sandoná en el año 2022. <https://repositorio.umariana.edu.co/handle/20.500.14112/28343#page=1>
- Arias Gonzáles, J. L., & Covinos Gallardo, M. (2021). Diseño y metodología de la investigación. *Enfoques Consulting EIRL*, 1(1), 66-78. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf
- Basilio, G. A. (2018). *Tratamiento fisioterapéutico en displasia de cadera*. (Tesis para título profesional, Universidad Inca Garcilaso de la Vega). Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3030/BASILIO%20BALTAZAR%2C%20Gloria%20Alexandra.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Beber, E. R. (2017). *Salud pública. Epidemiología*. Recuperado de <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2017/01/epidemiologia-2017-complemento-modulo-3.pdf>
- Bermejo, A. (2016). *Desarrollo de la displasia de cadera*. (Caso clínico para título profesional, Universidad de Zaragoza). Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/47851/files/TAZ-TFG-2015-1026.pdf>
- Brenes, M., Flores, A. y Meza, A. (2020). *Actualización en displasia del desarrollo de la cadera*. Recuperado de https://www.google.com/search?q=tesis,+de+factores+de+riesgo+de+la+displasia+del+desarrollo+de+la+cadera+de+ni%C3%B1os&sxsrf=ALeKk01v_wPCwB3FqZMSOh81xxH1zLdNmW:1599619970317&ei=gkNYX-_3Eo6b5wL4waD4Aw&start=40&sa=N&ved=2ahUKEwjvwoZgiNvrAhWOzVkJHfggCD84HhDy0wN6BAgMEDY&biw=1440&bih=708#
- Caballero, M. 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, enero-diciembre del año 2014*. (Tesis para título profesional, Universidad Ricardo Palma). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/249982016.pdf>
- Cuenca, M. J. y Gordillo, P. A. (2015). *Prevalencia de displasia de cadera en desarrollo diagnosticadas por radiología convencional en niños/as de 0 a 12 meses del Hospital "Homero Castanier Crespo" – Azogues, enero-diciembre 2013*. (Tesis para título profesional, Universidad de Cuenca). Recuperado de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21508/1/TESIS.pdf>
- Díaz, C. E. M., & Henríquez, J. D. L. (2020). Efectividad de los diferentes programas de tamización en el diagnóstico de displasia del desarrollo de la cadera antes de las 8 semanas de edad: Revisión sistemática de literatura.

<https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/b8555194-9367-4c5e-a62b-8e59a7df6af2/content>

- Durán Calle, J. J., Crispin Nina, D., & Guizada Montaña, J. N. (2021). Correlación de displasia de cadera con factores de riesgo Hospital Municipal Achacachi. *Cuad. Hosp. Clín*, 26-34. <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/ru/biblio-1358049>
- Espinosa Carrión, M. A. (2021). *Factores de riesgo predisponentes en la displasia del desarrollo de cadera en pacientes pediátricos de 0 a 24 meses* (Bachelor's thesis). <https://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/28291>
- Esteban, N. T. (2018). *Tipos de investigación*. Lima: Universidad Santo Domingo de Guzmán. Recuperado de <http://biblioteca.usdg.edu.pe/bitstream/USDG/34/1/Tipos-de-Investigacion.pdf>
- Fuentes-Doria, D., Toscano-Hernández, A., Malvaceda-Espinoza, E., Díaz, J., & Díaz, L. (2020). Metodología de la investigación. *Metodología de la investigación: Conceptos, herramientas y ejercicios prácticos en las ciencias administrativas y contables*.
- García, C. G. (2018). *Cadera: Displasia de cadera*. Recuperado de <https://www.traumatologiainfantil.com/es/cadera/displasia-de-cadera>
- Gutierrez Sanchez, R. (2024). Factores de riesgos relacionados con la displasia de cadera en niños de 03 meses a 1 año en el Centro de Salud la Revolución-Juliaca 2023. <https://repositorio.uancv.edu.pe/items/37b2de6e-ad03-416c-bdfa-491d776ef946>
- Hernández, R. y Mendoza, C. P. (2019). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hidalgo, G. M. A., González, A. F. M., Idrovo, A. C. Y., & Flores, P. M. F. (2022). Diagnóstico de displasia de cadera en recién nacidos. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2, 182-182.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2017). *Guía de práctica clínica basada en evidencia (GPC-BE) N° 90: Detección temprana y atención oportuna de la displasia del desarrollo de la cadera*. Recuperado de https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/traumatologia-y-ortopedia/90DISPLASIA_DEL_DESARROLLO_DE_LA_CADERA.pdf
- Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja. (2018). *Resolución Directoral N° 188/2018/INSN-SB. Guía de práctica clínica displasia del desarrollo de la cadera*. Recuperado de <https://www.google.com/search?q=tesis,+de+factores+de+riesgo+de+la+displasia+del+desarrollo+de+la+cadera+de+ni%C3%B1os&sxsrf=ALeKk02PWunuqGp62HJN7CjQcvetFQSgRQ:1599613161039&ei=6ShYX5OBAoKD5wKVyr2gCA&start=20&sa=N&ved=2ahUKEwjTmfex79rrAhWCwVkKHRVID4Q4ChDy0wN6BAgMEDI&biw=1440&bih=708#>

- Labori, J. R. (2016). *Enfoque de riesgo ¿Una contradicción social?* Recuperado de <https://www.monografias.com/trabajos38/enfoque-de-riesgo/enfoque-de-riesgo.shtml>
- Linares, N. (2015). Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 94-114. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2015.v41n1/o9/es>
- Mayo Foundation for Medical Education and Research (2020). *Enfermedades y afecciones. Displasia de cadera*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hip-dysplasia/symptoms-causes/syc-20350209#:~:text=En%20adolescentes%20y%20adultos%20j%C3%B3venes,de%20inestabilidad%20en%20la%20cadera.>
- Medina, G. D. L. R., & López, Z. M. C. (2022). Evaluación ecográfica de displasia del desarrollo de la cadera y factores de riesgo en niños entre 0 a 6 meses. *Revista Venezolana de Ultrasonido en Medicina (RVUM)*, 2(1), 18-22. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_rvum/article/view/24692
- Méndez, M. B., Castro, A. F., & Martínez, A. M. (2020). Actualización en displasia del desarrollo de la cadera. *Revista Médica Sinergia*, 5(09), 1-18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms209k.pdf>
- Minsa (2023) https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/9_GU%C3%8DA%20DE%20PR%C3%81CTICA%20CL%C3%8DNICA%20PARA%20EL%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DISPLASIA%20DE%20CADERA.pdf
- Monje, C. A. (2017). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Colombia: Universidad Surcolombiana. Recuperado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Monzón, M. R. L., & Cortéz, A. B. V. (2022) Abordaje diagnóstico y terapéutico de la displasia congénita de cadera en infantes a nivel mundial. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/enproceso/TESIS%202022/MARIO%20RENE%20L%D3PEZ%20MONZON.pdf>
- Moya Tito, B. X. (2020). Factores asociados a displasia del desarrollo de cadera en menores de 1 año atendidos en el Hospital EsSalud III Juliaca, 2019. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57839>
- Orellana Cuadros, V. M. (2024). Factor de riesgo de displasia de cadera en niños de ambos sexos de 3 a 12 meses de edad. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/7104>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Temas de salud. Factores de riesgo*. Suiza: OMS. Recuperado de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

- Pomataylla, M. (2019). *Características clínico epidemiológicas de displasia del desarrollo de cadera en niños de 6 a 12 meses de edad, Hospital Regional del Cusco, 2015-2018*. (Tesis para título profesional, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco). Recuperado de http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/4039/253T20190219_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Quiroga, L. E., Gonzáles, M. y Vanegas, D. R. (2019). Epidemiología de la displasia del desarrollo de cadera en el Estado de México. *Revista Archivos de Investigación Materno Infantil*, X (2), 50-59. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2019/imi192b.pdf>
- Quispe Muñoz, D. A. (2024). Factores de riesgo en menores de 18 meses con displasia del desarrollo de cadera, Hospital El Carmen-Huancayo, 2021. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPLA_4bbdc8cb2b9157c8414eab94df89b4f9
- Romero Ospino, J. M. (2024). Eficacia de uso de videos educativos en el nivel de conocimientos de cuidadores de niños con displasia de desarrollo de cadera en un hospital de Huancayo, 2024. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/15781>
- Romero, M. T. (2017). *Afecciones típicas infantiles. Displasia de cadera en bebés*. Recuperado de <https://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/afecciones-tipicas-infantiles/que-es-la-displasia-de-cadera-en-bebes-y-por-que-se>
- Romo Turco, F. D. M. (2020). Prevalencia de displasia de desarrollo de cadera en niños de 0 a 12 meses. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPLA_2fe1ab82550837492ffe3ba612de98b6
- Romo, E. (2017). *Enfermedades. Displasia de cadera: Qué es, diagnósticos y tratamientos*. Recuperado de <https://mibebeyyo.elmundo.es/enfermedades/enfermedades-bebes/displasia-cadera-tratamientos-1470>
- Rosa, K. D. (2019). *Displasia de cadera en desarrollo incidencia y factores de riesgo en recién nacidos*. (Tesis de especialidad, Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula). Recuperado de <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS88/pdf/TMVS88.pdf>
- Rosenfeld, S. B. (2019). *Developmental dysplasia of the hip: Epidemiology and pathogenesis*. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/developmental-dysplasia-of-the-hip-epidemiology-and-pathogenesis>
- Salas, H. (2017). *Introducción a la metodología de la investigación*. Recuperado de <http://biblio.fcet.uagrm.edu.bo/uPublicaciones/3.%20Libros/Ing.%20Salas,%20Investigacion%20cientifica%20para%20estudiantes%20de%20Petrolera/Investigacion%20cientifica%20para%20estudiantes%20de%20Petrolera/assets/downloads/paige0032.pdf>

- Samaniego Rivera, M. M. (2020). Utilidad de la radiografía en displasia congénita de cadera y factores de riesgo en el Hospital María Auxiliadora 2017-2018. <https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4670/SAMANIEGO%20RIVERA%20MILUSKA%20MARICEL%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1>
- Santos, K. Y. R., Ortega, P. R. T., Jovel, L. E., & Rodríguez, J. R. (2023). Prevalencia y Factores de riesgo de Displasia del desarrollo de la cadera en recién nacidos en 2 Hospitales Sampedranos. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 10(2), 17-32. <https://camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/18053>
- Sarango, B. (2019). *Atención oportuna a niños < 36 meses con presunción de displasia de cadera en desarrollo que acuden al servicio de rayos X, Policlínico Chincha 2019*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villarreal). Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3975/SARANGO%20JULCA%20BETTY%20-%20%20MAESTR%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Stanford Children's Health. (2020). *Displasia del desarrollo de la cadera (DDC)*. Recuperado de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=developmentaldysplasiaofthehipddh-90-P05866>
- Urtecho, I. F. (2017). *Factores de riesgo para la displasia del desarrollo de la cadera en niños menores de 1 año de edad*. (Tesis para título profesional, Universidad Nacional de Trujillo). Recuperado de http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9624/UrtechoGaitan_I.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Useche, L. F., Duplat, J. L., Castellanos, C., Mantilla, M. y Patiño, A. (2015). *Evaluación de la adherencia a la guía en el abordaje inicial, diagnóstico y tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera*. (Tesis para título profesional, Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt). Recuperado de http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8107/RafaelRobles_L.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Valdivia Valdivia, T., & Flores Garnique, W. D. (2024). Incidencia y factores de riesgo en displasia de cadera en menores de un año del Hospital II-2, Macusani, 2022. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/16451>

ANEXOS Y APÉNDICE

1. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
FACTORES DE RIESGO	Es aquella condición y cualidad que se manifiesta asociados con la enfermedad o suceso estudiado. El factor de riesgo no es necesariamente la causa, sólo pasa que están asociados con el suceso. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual y agrupación. (Orellana, 2024).	Circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de que una persona pueda sufrir una enfermedad luxaste de la cadera. Son potentes predictores de la enfermedad. Estos datos se recolectarán de una historia clínica y una ficha de recolección de datos.	Sexo	Femenino Masculino	2	Nominal
			Factores de riesgo predisponentes: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares • Edad materna avanzada • Edad gestacional • Primiparidad • Macrosomía fetal • Presentación podálica • Embarazo múltiple • Oligohidramnios 	Si/No Si/No < 36 sem/De 36 a 40 sems. >40 semanas. Si/No Si/No Si/No Si/No Si/No	2 2 3 2 2 2 2 2	
DISPLASIA DE CADERA	Es la afectación ortopédica más relevante en los recién nacidos; comprende diversas anormalidades en la articulación coxofemoral, en la cual la cabeza del fémur es incongruente o inestable en relación con el acetábulo, (Villegas e Illescas, 2022)	la DDC es una anomalía de la articulación de la cadera en donde la cabeza femoral no encaja en la cavidad acetabular, ya sea por inmadurez o falta de desarrollo osteoarticular asociados a diferentes factores. Cuyos datos se recolectarán de una historia clínica y una ficha de recolección de datos	Clasificación topográfica de la Displasia del desarrollo de la cadera.	Derecha Izquierda Bilateral	3	Nominal

2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Variable	Objetivos	Hipótesis	Metodología
¿Cuáles son los factores de riesgo para displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024?	Factores de riesgo para Displasia de cadera	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar los factores de riesgo relacionados a la displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años de un Establecimiento de Salud, Yungay, 2024.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el factor de riesgo según el sexo para la displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024. • Identificar los factores de riesgo predisponentes para la displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024. • Identificar el factor de riesgo según la topografía para la displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán - Yungay, 2024. 	Por ser un trabajo descriptivo la hipótesis esta implícita.	<p>Tipo de investigación El estudio será descriptivo, cuantitativo y retrospectivo.</p> <p>Diseño de la investigación Diseño no experimental.</p> <p>Población Estará constituido por 150 niños.</p> <p>Muestra 80 niños menores de 2 años.</p> <p>Técnicas Observación y revisión de las historias clínicas.</p> <p>Instrumentos Ficha de recolección de datos.</p>

3. Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**FICHA DE FACTORES DE RIESGO PARA DISPLASIA DEL DESARROLLO
DE CADERA**

I. FACTORES DE RIESGO

ANTECEDENTES FAMILIARES Sí No Desconoce

SEXO DEL PRODUCTO M F

EDAD MATERNA AVANZADA años SI NO

EDAD GESTACIONAL DEL PRODUCTO AL NACER semanas

PRIMOGENITO Sí No

PRESENTACIÓN PODÁLICA Sí Tipo de parto

No Tipo de parto

PESO DEL PRODUCTO AL NACER gramos

Macrosómico (peso > 4000 g.): Sí No

EMBARAZO MÚLTIPLE Sí No Especificar

OLIGOHIDRAMNIOS Sí No

II. DX. POR LA TOPOGRAFIA FISICA:

DERECHA

IZQUIERDA

BILATERAL

4. Carta de aceptación para la aplicación de la investigación.



SANTO DOMINGO DE GUZMÁN
POLICLINICO

CARTA DE ACEPTACION DE PERMISO PARA APLICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

A: Torres Agama Vladimir Plejanov.

Bachiller de Tecnología Médica en la especialidad de Terapia Física y Rehabilitación.

Reciba un cordial saludo a través del presente, de parte del Policlínico Santo Domingo de Guzmán, nos complace notificarle la aceptación del proyecto de tesis denominado "Factores de riesgo para displasia del desarrollo de cadera en niños menores de 2 años en el Policlínico Santo Domingo de Guzmán Yungay, 2024" desarrollado y ejecutado por el Bachiller: Torres Agama Vladimir Plejanov, quien realizara el proceso de recopilación de datos del proyecto para fines de investigación, por otro lado la institución aceptara la responsabilidad de contribuir con la información respectiva solicitada.

Sin más que agregar, esperamos que el proyecto de tesis inicie según lo esperado y sea llevado a cabo con completo éxito

Atentamente.

Yungay, 24 de febrero 2025.

SERVICIOS MEDICOS GENERALES MAG EIRI
Dr. Martín Enrique Arenas Ramos
GERENTE GENERAL
RUC: 2000109500
C.D.N. 71436383

POLICLINICO SANTO DOMINGO DE GUZMAN
YUNGAY
DR. ARENAS RAMOS MARTIN ENRIQUE
MEDICO CIRUJANO ORTOPEDIA CAMP PROF
GERENTE GENERAL

Policlínico "Santo Domingo de guzmán" Jr. Santa rosa Mz G - lote 9, Yungay (a 50 metros del puente
santa rosa) - Celulares: 982687568 - 962328867

5. Base de datos

N°	ANTECEDENTES FAMILIARES	SEXO DEL PRODUCTO	EDAD MATERNA AVANZADA	EDAD GESTACIONAL	PRIMOGENITO	PRESENTACION PODALICA	PESO DEL PRODUCTO	MACROSOMIA FETAL	EMBARAZO MULTIPLE	OLIGOHDRAMIOS	DX TOPOGRAFIA
1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2
2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2
5	2	1	2	3	1	2	2	2	2	1	3
6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
7	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2
8	2	1	1	2	1	1	3	1	2	2	2
9	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
10	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1
11	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	3
12	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1
13	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
14	1	1	2	2	2	1	3	1	2	2	2
15	2	1	2	3	1	1	2	2	2	2	1
16	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2
17	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	3
18	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3
19	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
20	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
21	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
22	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2

23	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1
24	3	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2
25	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2
26	3	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2
27	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
28	3	1	2	3	1	2	2	2	2	1	2
29	3	1	2	2	2	2	3	1	2	2	1
30	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1
31	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
32	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	3
33	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1
34	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
35	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3
36	1	2	1	2	2	2	3	1	2	1	3
37	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
38	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2
39	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
40	2	1	1	2	2	2	3	1	2	2	3
41	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	3
42	2	2	1	2	1	1	3	1	2	2	3
43	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
44	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
45	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2
46	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1
47	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1

48	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	3
49	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
50	3	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2
51	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1
52	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2
53	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
54	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
55	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	3
56	2	1	2	2	1	2	3	1	2	2	3
57	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
58	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2
59	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
60	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2
61	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1
62	3	2	1	3	1	1	1	2	2	2	3
63	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	3
64	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2
65	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
66	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
67	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3
68	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
69	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2
70	2	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2
71	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3
72	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2

73	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
74	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1
75	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
76	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
77	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	3
78	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
79	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
80	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2

FACTORES DE RIESGO PARA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL POLICLÍNICO SANTO DOMINGO DE GUZMÁN - YUNGAY, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	www.igssgt.org Fuente de Internet	2%
4	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	1%
10	mibebeyyo.mx Fuente de Internet	1%
11	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%

12	dspace.utpl.edu.ec Fuente de Internet	1 %
13	www.camjol.info Fuente de Internet	1 %
14	biblioteca.medicina.usac.edu.gt Fuente de Internet	1 %
15	docplayer.es Fuente de Internet	1 %
16	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
17	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	Submitted to ucss Trabajo del estudiante	<1 %
20	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.umariana.edu.co Fuente de Internet	<1 %
22	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083 Fuente de Internet	<1 %
24	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	scielo.org.bo Fuente de Internet	<1 %

www.inmp.gob.pe

26	Fuente de Internet	<1 %
27	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	<1 %
28	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
29	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	<1 %
30	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1 %
31	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
32	www.ilustrados.com Fuente de Internet	<1 %
33	revistamedicasinergia.com Fuente de Internet	<1 %
34	Submitted to Universidad de Burgos UBUCEV Trabajo del estudiante	<1 %
35	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
36	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
37	www.bvs.hn Fuente de Internet	<1 %
38	Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega Trabajo del estudiante	<1 %

39	www.doccity.com Fuente de Internet	<1 %
40	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
41	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
42	avum.org Fuente de Internet	<1 %
43	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
44	Submitted to Universidad Manuela Beltrán Trabajo del estudiante	<1 %
45	revistanefrologia.com Fuente de Internet	<1 %
46	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
47	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
48	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1 %
49	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
50	apps.who.int Fuente de Internet	<1 %
51	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
52	fr.scribd.com Fuente de Internet	<1 %

53	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
54	repositorio.xoc.uam.mx Fuente de Internet	<1 %
55	revista.nutricion.org Fuente de Internet	<1 %
56	www.cerebralpalsy.org Fuente de Internet	<1 %
57	en.calameo.com Fuente de Internet	<1 %
58	mxicoyeuropa.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
59	repositorio.unid.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
60	rua.ua.es Fuente de Internet	<1 %
61	www.flacsoandes.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
62	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
63	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
64	jalayo.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
65	latam.redilat.org Fuente de Internet	<1 %
66	polodelconocimiento.com Fuente de Internet	<1 %
	repositorio.udesa.edu.ar	

67	Fuente de Internet	<1 %
68	www.tesisgratis.com.ar Fuente de Internet	<1 %
69	40126d13-3443-4213-b3de- d3fd22c16bba.filesusr.com Fuente de Internet	<1 %
70	ebin.pub Fuente de Internet	<1 %
71	repository.unab.edu.co Fuente de Internet	<1 %
72	www.globalpolicynetwork.org Fuente de Internet	<1 %
73	www.grafiati.com Fuente de Internet	<1 %
74	www.tandfonline.com Fuente de Internet	<1 %
75	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 6 words

Excluir bibliografía

Activo

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
TORRES AGANA VLADIMIR PLEJANOV		42777343	Vlad.torresa88@gmail.com
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico
2. Tipo de Documento de Investigación			
<input checked="" type="checkbox"/>	Tesis	<input type="checkbox"/>	Trabajo de Suficiencia Profesional
<input type="checkbox"/>	Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/>	Trabajo Académico
<input type="checkbox"/>	Trabajo Académico	<input type="checkbox"/>	Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional¹			
<input type="checkbox"/>	Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/>	Título Profesional
<input type="checkbox"/>	Título Profesional	<input type="checkbox"/>	Título Segunda Especialidad
<input type="checkbox"/>	Título Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/>	Maestría
<input type="checkbox"/>	Maestría	<input type="checkbox"/>	Doctorado
4. Título del Documento de Investigación			
FACTORES DE RIESGO PARA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL POLICLINICO SANTO DOMINGO DE BIZMAN - YUNGAY, 2024			
5. Programa Académico			
TECNOLOGIA MEDICA- TERAPIA FISICA Y REHABILITACIÓN			
6. Tipo de Acceso al Documento			
<input checked="" type="checkbox"/>	Abierto o Público ² (info:eu-repo/semantics/openAccess)		Acceso restringido ³ (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) ^(*)
<input type="checkbox"/>	Acceso restringido ³ (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) ^(*)		Abierto o Público ² (info:eu-repo/semantics/openAccess)
<input type="checkbox"/>	Embargo (Máximo 24 meses) (info:eu-repo/semantics/embargoedAccess)		Fecha de Liberación de embargo: ___/___/___ (Formato: día / mes / año)
<small>(*) En caso de restringido y embargo sustentar motivo</small>			

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente deajo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS⁵

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.⁶



[Handwritten Signature]
Firma

Ciudad Día Mes Año
CHIMBOTE 16 09 2025

Importante

- Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2.
- Ley N° 30035 Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2015-PCM.
- Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.
- En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2016-CONCYTEC-DEGC (Numerales 5 y 6) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital.
- Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
- Según el inciso 12.2 del artículo 17 del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales (RENAT) Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos de sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales se irán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENAT, a través del Repositorio ALICIA.

Nota - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 27444, art. 32, ním. 32.3).