



# UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



## TESIS

---

“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA IDENTIFICACIÓN DE DISPLASIA DE  
CADERA APLICADO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA RED  
NORTE, CUSCO 2021.”

---

### **Presentado por El Bachiller:**

Centeno Chocano Erick Junior

Para optar al Título Profesional de  
Licenciado en Enfermería

### **Asesora:**

Mgt. Caballero Aparicio Sdenka

CUSCO – PERÚ  
2021



## DEDICATORIA

*A dios y la virgen por darme la fuerza y perseverancia para poder llegar hasta este punto de mi vida, continuar y superar los obstáculos para el éxito profesional y cumplir con las futuras metas propuestas.*

*A mis padres por su apoyo en la formación académica y personal para continuar con mis objetivos y por su apoyo incondicional siendo una guía en mi formación.*

***El bachiller***



## AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Andina del Cusco, a la plana docente y la Mg. Sdenka Caballero Aparicio, por la formación académica y orientación para la formación profesional en el transcurso y culminación de la carrera.*

*Primero a todos los expertos que apoyaron con ideas y orientación a la construcción del instrumento como base de la presente tesis y su culminación.*

*Segundo a todos los licenciados participantes en el estudio que aceptaron participar de manera voluntaria para obtener los datos y solucionar las dificultades para mejorar la carrera profesional de enfermería.*

***El bachiller***



## PRESENTACIÓN

Señora:

Dra. Yanet Castro Vargas

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Andina del Cusco.

Señores Miembros del Jurado.

En Cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, pongo a vuestra consideración la tesis titulada: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA IDENTIFICACION DE DISPLASIA DE CADERA APLICADO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.”**. Puesta a su disposición para optar al Título Profesional de Licenciado en Enfermería conforme a lo establecido por la Ley Universitaria.

Bach. Centeno Chocano Erick Junior



## RESUMEN

La investigación NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA IDENTIFICACION DE DISPLASIA DE CADERA APLICADO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA RED NORTE, CUSCO 2021. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento en la identificación de displasia de cadera. De diseño descriptivo, transversal, con una población muestral de 44 enfermeros, como técnica la entrevista e instrumento el cuestionario estructurado.

Resultados: Sobre características generales el 50% son mayores de 46 años, 98% son mujeres, 34% trabajan en CRED menos de 6 años, 43% no tienen capacitación sobre displasia de cadera, 79% laboran en zona urbana y 77% son nombrados. Para el conocimiento 77% conocen los factores de riesgo, 88% desconocen las maniobras de descarte a los 4 meses, 59% conocen las maniobras de descarte en neonatos, 81% conocen la posición para evaluar, sobre la maniobra Ortolani 75% desconocen la posición de las manos, 66% desconocen el movimiento articular y 75% conocen el resultado, para la maniobra Barlow 57% desconoce la posición de las manos, 68% desconoce el movimiento articular y 59% desconocen el resultado, 61% conocen el sonido "clic", 50% conocen la limitación en abducción, sobre el signo Galleazzi 72% desconocen la posición de las extremidades, 68% desconocen su evaluación, 59% desconocen la línea Rose Nealtone, 68% conocen como evaluar los pliegues glúteos, 68% conocen el tono muscular, 79% desconocen las líneas en el RX de cadera, 64% reconocen una cadera luxada, 64% desconocen la consecuencia. El 25% tiene un nivel de conocimiento regular y 75% tiene un conocimiento malo.

**PALABRAS CLAVE:** conocimiento, displasia de cadera.



## ABSTRACT

The research LEVEL OF KNOWLEDGE IN THE IDENTIFICATION OF HIP DYSPLASIA APPLIED BY NURSING PROFESSIONALS IN THE NORTH NETWORK, CUSCO 2021. Its objective was to determine the level of knowledge in the identification of hip dysplasia. Descriptive, cross-sectional design, with a sample population of 44 nurses, as a technique the interview and the structured questionnaire instrument.

Results: About general characteristics, 50% are over 46 years old, 98% are women, 34% work in CRED for less than 6 years, 43% have no training on hip dysplasia, 79% work in urban areas and 77% are appointed. For knowledge, 77% know the risk factors, 88% are unaware of the discard maneuvers at 4 months, 59% know the discard maneuvers in neonates, 81% know the position to evaluate, about the Ortolani maneuver 75% do not know the position of the hands, 66% do not know the joint movement and 75% know the result, for the Barlow maneuver 57% do not know the position of the hands, 68% do not know the joint movement and 59% do not know the result, 61% know the “click” sound”, 50% are aware of the abduction limitation, regarding the Galleazzi sign, 72% are unaware of the position of the extremities, 68% are unaware of its evaluation, 59% are unaware of the Rose Nealtone line, 68% are aware of how to assess the gluteal folds, 68% are aware of the muscle tone, 79% are unaware of the lines on the hip X-ray, 64% recognize a dislocated hip, 64% are unaware of the consequence. 25% have a fair level of knowledge and 75% have poor knowledge.

**KEY WORDS:** knowledge, hip dysplasia.



## INTRODUCCIÓN

La displasia de cadera es una enfermedad que afecta al desarrollo de la cadera de infantes, siendo congénita o adquirida, la cual varía dependiendo su gravedad y la edad que se detecte.

Es importante una oportuna detección, ya que de esta dependerá el tratamiento que necesite, es por esto que se evaluó el nivel de conocimiento en la identificación de esta enfermedad, siendo los licenciados en enfermería los responsables de la estrategia nacional de crecimiento y desarrollo, en la cual se evalúa de manera integral al infante, tomando en cuenta la evaluación física dentro de las cuales se aplican maniobras y técnicas.

El presente estudio de investigación tuvo por objetivo “Determinar el nivel de conocimiento en la identificación de displasia de cadera aplicado por profesionales de enfermería en la Red Norte, Cusco 2021”

**Capítulo I: El Problema**, que tiene la caracterización del problema seguido de la formulación del problema, objetivos, variables, operacionalización de variables, justificación, limitaciones de estudio y terminando con las consideraciones éticas.

**Capítulo II, Marco Teórico**, con los antecedentes de estudio seguido de las bases teóricas y definición de términos.

**Capítulo III, Diseño Metodológico**, con el tipo de investigación, línea de investigación, población y muestra, criterio de inclusión y exclusión, la técnica e instrumento, procedimiento de la recolección de datos y culminando con procesamiento y análisis de datos.

**Capítulo IV, Interpretación y Análisis de los Resultados.**

Conclusiones

Sugerencias.

Referencias bibliográficas

Anexos.



## ÍNDICE

|                    |  |
|--------------------|--|
| DEDICATORIA        |  |
| AGRADECIMIENTO     |  |
| PRESENTACIÓN       |  |
| RESUMEN            |  |
| ABSTRACT           |  |
| INTRODUCCIÓN       |  |
| INDICE GENRAL      |  |
| INDICE DE GRÁFICOS |  |

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.1   | CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....                    | 1  |
| 1.2   | FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....                        | 3  |
| 1.3   | OBJETIVOS: .....                                     | 3  |
| 1.3.1 | OBJETIVO GENERAL:.....                               | 3  |
| 1.3.2 | OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....                          | 3  |
| 1.4   | VARIABLE:.....                                       | 3  |
| 1.4.1 | VARIABLE IMPLICADA:.....                             | 3  |
| 1.4.2 | VARIABLES NO IMPLICADAS:.....                        | 4  |
| 1.5   | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....                 | 5  |
| 1.5.1 | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE IMPLICADA .....       | 5  |
| 1.5.2 | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES NO IMPLICADAS: ..... | 11 |
| 1.6   | JUSTIFICACIÓN .....                                  | 13 |
| 1.7   | LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....                        | 13 |
| 1.8   | CONSIDERACIONES ÉTICAS .....                         | 14 |





## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 2.1   | ANTECEDENTES DE ESTUDIO .....           | 15 |
| 2.1.1 | ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL..... | 15 |
| 2.1.2 | ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL.....      | 16 |
| 2.1.3 | ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL .....        | 17 |
| 2.2   | BASES TEÓRICAS .....                    | 18 |
| 2.3   | DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....            | 34 |

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 3.1   | TIPO DE INVESTIGACION.....                   | 35 |
| 3.1.1 | DESCRIPTIVO.....                             | 35 |
| 3.1.2 | TRANSVERSAL.....                             | 35 |
| 3.2   | LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....                  | 35 |
| 3.3   | DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....             | 35 |
| 3.4   | POBLACIÓN Y MUESTRA: .....                   | 35 |
| 3.4.1 | POBLACIÓN .....                              | 35 |
| 3.4.2 | MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO .....           | 35 |
| 3.4.3 | CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....                 | 36 |
| 3.4.4 | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....                 | 36 |
| 3.5   | TÉCNICA E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....  | 36 |
| 3.5.1 | TÉCNICA .....                                | 36 |
| 3.5.2 | INSTRUMENTO:.....                            | 36 |
| 3.5.3 | VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO..... | 36 |
| 3.6   | PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....   | 37 |



3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS..... 37

## **CAPÍTULO IV**

### **INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

ANEXOS



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

| GRÁFICO | DETALLE  | PAG. |
|---------|--|------|
| N° 01   | EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021 ....  | 39   |
| N° 02   | SEXO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021. ...  | 40   |
| N° 03   | TIEMPO EN EL SERVICIO CRED DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA RED NORTE, CUSCO 2021. ....  | 41   |
| N° 04   | CAPACITACIONES PREVIAS SOBRE DISPLASIA DE CADERA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....  | 42   |
| N° 05   | LUGAR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....  | 43   |
| N° 06   | CONDICIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021. ....  | 44   |
| N° 07   | CONOCIMIENTO SOBRE EL FACTOR DE RIESGO PARA LA DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....  | 45   |
| N° 08   | CONOCIMIENTO SOBRE LAS MANIOBRAS QUE SE REALIZA A UN LACTANTE DE 4 MESES QUE ACUDE AL CONTROL CRED PARA EL DESCARTE DE DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021. .... | 47   |
| N° 09   | CONOCIMIENTO SOBRE LAS MANIOBRAS SE REALIZAN A UN NEONATO QUE ACUDE AL CONTROL CRED PARA EL DESCARTE DE DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021. ....                | 48   |
| N° 10   | CONOCIMIENTO SOBRE LA POSICIÓN CORRECTA DEL NIÑO(A) PARA REALIZAR EL DESCARTE DE DISPLASIA DE CADERA EN  |      |



|       |  |    |
|-------|--|----|
|       | PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....  | 49 |
| N° 11 | CONOCIMIENTO SOBRE LA POSICIÓN DE LAS MANOS PARA REALIZAR LA MANIOBRA ORTOLANI EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021 .....       | 50 |
| N° 12 | CONOCIMIENTO SOBRE LA FLEXIÓN DE CADERA Y DIRECCIÓN DEL MUSLO EN LA MANIOBRA ORTOLANI EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021..... | 52 |
| N° 13 | CONOCIMIENTO SOBRE EL RESULTADO DE LA MANIOBRA ORTOLANI EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021. ...                               | 53 |
| N° 14 | CONOCIMIENTO SOBRE LA POSICIÓN DE LAS MANOS PARA REALIZAR LA MANIOBRA BARLOW EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021. ....         | 54 |
| N° 15 | CONOCIMIENTO SOBRE LA FLEXIÓN DE CADERA Y DIRECCIÓN DEL MUSLO EN LA MANIOBRA BARLOW EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021. ....  | 55 |
| N° 16 | CONOCIMIENTO SOBRE EL RESULTADO LA MANIOBRA DE BARLOW EN LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....   | 56 |
| N° 17 | CONOCIMIENTO SOBRE LA PRESENCIA DEL SONIDO “CLIC” EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....                                     | 57 |
| N° 18 | CONOCIMIENTO SOBRE PRESENCIA DE LIMITACIÓN EN LA ABDUCCIÓN EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....                            | 58 |
| N° 19 | CONOCIMIENTO SOBRE LA POSICIÓN DE LAS EXTREMIDADES A LA HORA DE EVALUAR EL SIGNO DE GALLEAZZI EN   |    |



|       |  |    |
|-------|--|----|
|       | PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....  | 58 |
| N° 20 | CONOCIMIENTO SOBRE LA EVALUACIÓN DEL SIGNO DE GALLEAZZI EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....                               | 59 |
| N° 21 | CONOCIMIENTO SOBRE LA CAUSA DE LA LÍNEA DE ROSE NELATON ESTE DESIGUAL EN PROFESIONALES ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....                    | 60 |
| N° 22 | CONOCIMIENTO SOBRE LA POSICIÓN DEL INFANTE PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PLIEGUES GLÚTEOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021..... | 63 |
| N° 23 | CONOCIMIENTO SOBRE LA EVALUACIÓN DEL TONO MUSCULAR, EN LA DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....         | 64 |
| N° 24 | CONOCIMIENTO SOBRE LAS LÍNEAS DE EVALUACIÓN EN UNA PLACA DE RX EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....                        | 66 |
| N° 25 | CONOCIMIENTO SOBRE CLASIFICACIÓN DE UNA CADERA LUXADA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021. ...                                 | 68 |
| N° 26 | CONOCIMIENTO SOBRE LA CONSECUENCIA DE UNA DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....                         | 66 |
| N° 27 | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.....                                       | 67 |



## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La displasia del desarrollo de la cadera es una malformación que afecta a las articulaciones de la cadera, que varía desde la alteración de la forma de la cabeza del fémur, del acetábulo o de ambas, que provocan problemas del desarrollo, ya sea desde un periodo intrauterino o adquirida durante los primeros meses, el cual va desde una displasia del desarrollo de cadera, subluxación de cadera o una luxación de cadera, y la cual dependerá de la edad que se realice su pronóstico, ya que con el tiempo va empeorando.

El conocimiento es el proceso mediante el cual la realidad es reflejada y reproducida en el pensamiento humano. Es producto de distinto tipo de experiencias, razonamientos y aprendizajes, teniendo en cuenta el conocimiento empírico, racionalismo, intelectualismo y el apriorismo como el origen del conocimiento.<sup>1</sup>

Teniendo en cuenta las labores que desempeñan los profesionales de enfermería a la hora de evaluar al infante, es necesario tener como base conocimiento para brindar una atención integral al infante que acude a la consultoría.

En los últimos años la incidencia de displasia de cadera fue aumentando considerablemente, es una patología a nivel mundial con incidencias variables de país a país, existe una prevalencia de 0.8 a 1.6 casos por cada 1000 nacidos vivos en países desarrollados. Pero con tasas que fluctúan entre 10 a 100 casos por 1000 nacidos vivos, en comunidades étnicas, en donde los niños son vestidos tradicionalmente con sus caderas en extensión y aducción, siendo casi inexistente en comunidades afroamericanas, chinas y algunas comunidades latino americanas

---

1. Máxima J. Conocimiento. [Internet]. [caracteristicas.co](https://www.caracteristicas.co); 2019 [consultado 20 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://www.caracteristicas.co/conocimiento/>



en los que los recién nacidos son transportados con las caderas en flexión y abducción.<sup>2</sup>

La frecuencia exacta de bebés con displasia de cadera que necesitan tratamiento varía dependiendo en la nacionalidad, el sexo, la etnia y otros factores. Aproximadamente entre 2 y 3 bebés por cada mil, requerirán tratamiento por displasia de cadera. Sin embargo, algunos estudios han encontrado algún grado de inestabilidad leve de las caderas hasta en un 15% de todos los recién nacidos.<sup>3</sup>

En Arequipa 5 de cada 100 neonatos sufren este problema siendo Arequipa el que tiene mayor incidencia de displasia de cadera con 4343 casos en menores de 14 años seguido por Puno con 378 casos y Cusco con 74 casos, reportado por la Clínica San Juan de Dios al año 2014.<sup>4</sup>

Los factores tradicionales de riesgo de displasia de cadera es la posición de nalgas, sexo femenino, primogénito e historia familiar positiva donde encontramos como dato que da a un 28.4% en niñas y un 0.4% - 1.8% en niños, también que la cadera izquierda es más propensa de sufrir displasia de cadera que el lado derecho.<sup>3</sup>

En la RED NORTE Cusco no se han realizado estudios que midan el nivel de conocimientos sobre displasia de cadera en profesionales de enfermería, también se observó durante las prácticas académicas en distintos centros de salud, el licenciado en enfermería es el encargado del servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño (CRED), el mismo que tiene como finalidad contribuir y mejorar la salud de la población infantil, brindando una atención holística y de calidad evaluando al niño de manera periódica, identificando factores de riesgo o problemas. Se percibió que a la hora de la atención al infante los licenciados enfatizan más al control de medidas antropométricas y al cumplimiento del calendario de vacunación, realizando un examen físico de forma somera, se

---

2. Vidal C., Sosa J. Factores predisponentes para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica [Internet]; 2013 [consultado 22 de Enero de 2020]. 15 (1): 6-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2013/op131b.pdf>

<sup>3</sup>. International Hip Dysplasia Institute. Instituto Internacional de Displasia de Cadera. [Internet]. [consultado 24 de Enero de 2020]. Disponible en: <http://displasiadecadera.org/displasia-evolutiva-cadera/preguntas-frecuentes/>

<sup>4</sup>. Quispe R. Displasia de caderas afecta a cinco de cada cien bebés en Arequipa [Internet]. Perú: La Republica; 2015 [consultado 24 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://larepublica.pe/archivo/869628-displasia-de-caderas-afecta-a-cinco-de-cada-cien-bebes-en-arequipa/>.



evidenció que a la hora de realizar la evaluación de caderas se aplican maniobras que no son adecuadas para la edad, con técnicas ineficientes ya sea una colocación de manos incorrecta o movimientos articulares desacertados que impiden realizar el descarte de displasia de cadera, sumándose una escasa presencia de trabajo multidisciplinario que apoyen a la evaluación integral. Al diálogo con los licenciados, manifiestan que no brindan capacitaciones de manera específica, que tienen sobre carga laboral y exceso de pacientes que acuden a sus controles y dejan de lado muchas actividades como la evaluación de displasia de cadera; por lo antes mencionado es que se plantea la siguiente pregunta.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de conocimiento en la identificación de displasia de cadera aplicado por profesionales de enfermería en la Red Norte, Cusco 2021?

## **1.3 OBJETIVOS:**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el nivel de conocimiento en la identificación de displasia de cadera aplicado por profesionales de enfermería en la Red Norte, Cusco 2021.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Describir las características generales de los profesionales de enfermería de la Red Norte, Cusco 2021
- Identificar el conocimiento en las dimensiones de: factor de riesgo, evaluación, posición, maniobra Barlow, Ortolani, Galleazzi, evaluación del sonido “clic”, abducción, evaluación muscular y pliegues, líneas en la placa de RX, clasificación y consecuencias de la displasia de cadera

## **1.4 VARIABLE:**

### **1.4.1 VARIABLE IMPLICADA:**

Nivel de conocimiento en la identificación de displasia de cadera.





#### 1.4.2 VARIABLES NO IMPLICADAS:

- Edad
- Sexo
- Tiempo en el servicio CRED
- Capacitaciones previas
- Lugar del establecimiento de salud
- Condición laboral



## 1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 1.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE IMPLICADA

| VARIABLE  | DEFINICIÓN OPERACIONAL  | DIMENSIÓN  | SUB DIMENSIONES  | INDICADORES  | NATURAL EZA | ESCALA  | EXPRESIÓN FINAL |
|---|---|--|--|--|-------------|---------|-----------------|
| Nivel de conocimiento en la identificación de displasia de cadera | Es el nivel de información almacenada mediante la experiencia y/o aprendizaje sobre el tema de displasia de cadera referida a los profesionales de enfermería que laboran en la Red Norte Cusco | Factores de riesgo sobre displasia de cadera     | Conocimiento sobre los factores de riesgo para displasia de cadera   | a) Exposición a teratógenos<br>b) Oligohidramnios:<br>c) Antecedente familiar.<br>d) Madres Primigesta.  | Cualitativo | Nominal |                 |
|   |   | Evaluación y técnicas de cadera según las edades | Conocimiento sobre las maniobras a realizar a un lactante de 4 meses que acude al control CRED para descarte de displasia de cadera. | a) Barlow y Ortolani<br>b) Barlow y limitación en la abducción<br>c) Limitación en la abducción y signo de Galleazzi<br>d) Ortolani y signo de Galleazzi | Cualitativo | Nominal | Buena (20-16)   |
|   |   |  | Conocimiento sobre las maniobras a realizar a un neonato que acude al control CRED para descarte de displasia de cadera.             | a) Barlow y Ortolani<br>b) Barlow y limitación en la abducción<br>c) Limitación en la abducción y signo de Galleazzi<br>d) Ortolani y signo de Galleazzi | Cualitativo | Nominal | Regular (15-11) |



|  |  |  |   |  |                    |                |  |
|--|--|--|---|--|--------------------|----------------|--|
|  |  | <p>Posición de niño para realizar el descarte.</p> | <p>Conocimiento sobre la posición correcta del niño(a) para realizar el descarte de displasia de cadera</p> | <p>a) El paciente se ubica decúbito dorsal, en posición cefalocaudal<br/>b) El paciente se ubica decúbito ventral, en posición cefalocaudal<br/>c) El paciente se ubica decúbito lateral, dependiendo cadera a evaluar<br/>d) El paciente se encuentra en posición sentada.</p>  | <p>Cualitativo</p> | <p>Nominal</p> |  |
|  |  | <p>Aplicación de maniobra Ortolani</p>             | <p>Conocimiento sobre la posición de las manos para realizar la maniobra Ortolani.</p>                      | <p>a) Colocar ambas manos con los pulgares en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter menor<br/>b) Colocar ambas manos con los pulgares en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor.<br/>c) Colocar el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter menor y con la otra mano estabilizar la cadera no evaluada.<br/>d) Colocar el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor y con la otra mano estabilizar la cadera no evaluada</p> | <p>Cualitativo</p> | <p>Nominal</p> |  |
|  |  |  | <p>Conocimiento sobre flexión de cadera y dirección del muslo en la maniobra Ortolani.</p>                  | <p>a) Caderas flexionadas en 90°, con movimientos en abducción<br/>b) Caderas flexionadas en 90°, con movimientos en aducción<br/>c) Cadera flexionada en 90°, con movimiento en abducción<br/>d) Cadera flexionada en 90°, con movimiento en aducción</p>   | <p>Cualitativo</p> | <p>Nominal</p> |  |



|  |  |                               |  |  |             |         |  |
|--|--|-------------------------------|--|--|-------------|---------|--|
|  |  |                               | Conocimiento sobre el resultado de la maniobra Ortolani                              | <ul style="list-style-type: none"><li>a) Comprueba la reducción de una cadera luxada.</li><li>b) Comprueba la reducción de una cadera tetralógica.</li><li>c) Comprueba lo luxable de una cadera.</li><li>d) Comprueba una cadera tetralógica.</li></ul>   | Cualitativo | Nominal |  |
|  |  | Aplicación de maniobra Barlow | Conocimiento sobre la posición de las manos para realizar la maniobra Barlow.        | <ul style="list-style-type: none"><li>a) Colocar ambas manos con los pulgares en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter menor</li><li>b) Colocar ambas manos con los pulgares en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor.</li><li>c) Colocar el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter menor y con la otra mano estabilizar la cadera no evaluada</li><li>d) Colocar el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor y con la otra mano estabilizar la cadera no evaluada</li></ul> | Cualitativo | Nominal |  |
|  |  |                               | Conocimiento sobre la flexión de cadera y dirección del muslo en la maniobra Barlow. | <ul style="list-style-type: none"><li>a) Caderas flexionadas en 90°, con movimientos en abducción ejerciendo una presión hacia afuera.</li><li>b) Caderas flexionadas en 90°, con movimientos en aducción ejerciendo una presión hacia atrás.</li></ul>  | Cualitativo | Nominal |  |



|  |  |                                    |  |   |              |         |  |
|--|--|------------------------------------|--|---|--------------|---------|--|
|  |  |                                    |  | <p>c) Cadera flexionada en 90°, con movimiento en abducción ejerciendo una presión hacia afuera.</p> <p>d) Cadera flexionada en 90°, con movimiento en aducción ejerciendo una presión hacia atrás.</p>             |              |         |  |
|  |  |                                    | Conocimiento sobre el resultado de la maniobra Barlow.   | <p>a) Comprueba la reducción de una cadera luxada.</p> <p>b) Comprueba la reducción de una cadera tetralógica.</p> <p>c) Comprueba lo luxable de una cadera.</p> <p>d) Comprueba una cadera tetralógica.</p>        | Cualitativo  | Nominal |  |
|  |  | Evaluación del sonido "CLIC"       | Conocimiento sobre el sonido del "clic" referido a las maniobras.  | <p>a) Barlow (+) Ortolani (-)</p> <p>b) Barlow (-) Ortolani (+)</p> <p>c) Barlow (+) Ortolani (+)</p> <p>d) Barlow (-) Ortolani (-)</p>   | Cualitativo  | Nominal |  |
|  |  | Limitación en la abducción         | Conocimiento sobre la limitación en la abducción.  | <p>a) Cuando no sobrepasa los 50°</p> <p>b) Cuando no sobrepasa los 60°</p> <p>c) Cuando no sobrepasa los 70°</p> <p>d) Cuando no sobrepasa los 80°</p>   | Cuantitativo | Ordinal |  |
|  |  | Evaluación del signo de Galleazzi. | Conocimiento sobre la posición de las extremidades inferiores a la hora de evaluar el signo de Galleazzi | <p>a) Extremidades extendidas.</p> <p>b) Extremidades con flexión en cadera y rodillas apoyadas sobre los pies.</p> <p>c) Extremidades con flexión en cadera y rodillas apoyadas sobre las manos del evaluador.</p> | Cualitativo  | Nominal |  |



|  |  |                                 |  |   |             |         |  |
|--|--|---------------------------------|--|---|-------------|---------|--|
|  |  |                                 |  | d) Extremidades extendidas con una abducción de 90°.  |             |         |  |
|  |  |                                 | Conocimiento sobre la evaluación del signo Galleazzi                                   | a) La asimetría de pliegues.<br>b) Acortamiento relativo del fémur a nivel de los talones.<br>c) Acortamiento relativo del fémur a nivel de las rodillas.<br>d) Desviación de la cadera afectada.                                   | Cualitativo | Nominal |  |
|  |  |                                 | Conocimiento sobre el signo de Galleazzi y la línea de rose Nealon                     | a) Por un desplazamiento de la cabeza femoral.<br>b) Porque no desarrollo el miembro afectado<br>c) Por un acortamiento en el desarrollo del fémur ocasionado por la displasia de cadera<br>d) por una mala colocación del paciente | Cualitativo | Nominal |  |
|  |  | Evaluación muscular y pliegues. | Conocimiento sobre la posición del infante para la evaluación de los pliegues glúteos. | a) Decúbito dorsal<br>b) Decúbito supino<br>c) Decúbito lateral<br>d) Posición Sims   | Cualitativo | Nominal |  |
|  |  |                                 | Conocimiento sobre la identificación de una cadera luxada.                             | a) Para descartar desnutrición o sobrepeso.<br>b) Para descartar hiperlaxitud muscular.<br>c) Para descartar una hipertonía muscular o hipotonía muscular<br>d) Para descartar una tensión muscular                                 | Cualitativo | Nominal |  |



|  |  |   |   |   |             |         |  |
|--|--|---|---|---|-------------|---------|--|
|  |  | Evaluación de líneas en placa de RX.    | Conocimiento sobre las líneas a evaluar en la placa de RX de cadera | a) Línea de perkins, línea de hilgenreiner y Angulo de Coleman<br>b) Línea de pablik, línea de swins y Angulo acetabular.<br>c) Línea de perkins, línea de swins y Ángulos acetabulares<br>d) No sabe   | Cualitativo | Nominal |  |
|  |  | Clasificación de displasia de cadera.   | Conocimiento sobre la identificación de una cadera luxada.          | a) La cabeza del fémur se encuentra completamente desplazada del acetábulo.<br>b) La cabeza del fémur se encuentra parcialmente desplazada del acetábulo.<br>c) La cabeza femoral se encuentra dentro del acetábulo.<br>d) La cabeza del fémur se encuentra por debajo de la línea media. | Cualitativo | Nominal |  |
|  |  | Consecuencia de la displasia de cadera. | Conocimiento sobre la consecuencia de la displasia de cadera.       | a) Deformidades de los pies.<br>b) Deformidades en la articulación de la rodilla.<br>c) Escoliosis.<br>d) Artrosis séptica.   | Cualitativo | Nominal |  |



### 1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES NO IMPLICADAS:

| VARIABLE                   | DEFINICIÓN OPERACIONAL  | INDICADORES  | NATURALEZA   | ESCALA     |
|----------------------------|---|--|--------------|------------|
| Edad                       | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo expresado en años dirigido a los profesionales de enfermería. | <ul style="list-style-type: none"><li>• Menores a 25 años</li><li>• De 25 – 35 años</li><li>• De 36 – 45 años</li><li>• Mayores de 45 años</li></ul> | Cuantitativa | Intervalar |
| Sexo                       | Condición orgánica que distingue de varones y mujeres dirigido a los profesionales de enfermería.                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Masculino</li><li>• Femenino</li></ul>   | Cualitativa  | Nominal    |
| Tiempo en el servicio CRED | Tiempo que tiene laborando el profesional de enfermería en el servicio CRED.  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Menor de 5 años</li><li>• De 5 a 12 años</li><li>• 13 a 19 años</li><li>• De 20 años a mas</li></ul>         | Cuantitativa | Intervalar |
| Capacitaciones previas     | Estudios previos que tiene el personal de enfermería referido al tema de Displasia de Cadera                              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca</li><li>• 1</li><li>• 2</li><li>• De 3 a más</li></ul>   | Cuantitativa | Ordinal    |





|                                    |   |   |             |         |
|------------------------------------|---|---|-------------|---------|
| Lugar del establecimiento de salud | Situación o lugar en el que se encuentra ubicado el establecimiento de salud donde labora el profesional de enfermería.             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Urbano</li><li>• Rural</li><li>• Urbano-rural</li></ul> | Cualitativa | Nominal |
| Condición Laboral                  | Es el estado que determina el vínculo laboral del profesional de enfermería, sujeto a la entidad en la que labora, Red Norte Cusco. | <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombrado</li><li>• Contratado</li></ul>                 | Cualitativa | Nominal |



## 1.6 JUSTIFICACIÓN

La displasia de cadera es una enfermedad que afecta a los niños ya sea congénita o adquirida, su afección está creciendo y se están dejando de lado estudios sobre este tema.

El presente estudio de investigación buscó medir el conocimiento de los profesionales de enfermería que laboran en la Micro Red Norte Cusco, sobre la identificación de displasia de cadera, de tal manera que se aplicó en licenciados de enfermería, ya que son los encargados de la evaluación de todos los niños, en el servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del niño.

El presente estudio permitió evidenciar el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería, reflejando la realidad que se vive en los distintos establecimientos de salud, por otro lado, se construyó un instrumento para medir la variable de estudio, basándose en la norma vigente para su evaluación. Asimismo, los resultados obtenidos ayudarán a crear una mayor conciencia en los profesionales que laboran en la Red Norte Cusco e identificar problemas en torno al conocimiento para así sugerir posibles soluciones en el futuro,

Este trabajo servirá de sustento para otras investigaciones ya que es un tema poco estudiado en nuestra región.

## 1.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Respecto a las limitaciones del trabajo de investigación, primero se presento en la búsqueda de antecedentes ya que por ser un tema poco estudiado no se encontraron estudios previos, después se presentaron en la etapa de la recolección de los datos, ya que la población estaba distribuida en distintos centros de salud uno más lejano que otro, superándose mediante una planificación y movilidad que permitieron llegada, por otro lado los profesionales trabajaban en diferentes turnos, averiguando el rol de turno se logró el recojo de la información y finalmente en el llenado del cuestionario por la cantidad de pacientes y trabajo que presentaban se optó por horarios estratégicos para el llenado de las mismas.



## 1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente estudio, se aplicaron las normas éticas en investigación, por lo que fue anónimo, se aplicó el consentimiento informado y se brindó la información necesaria a los profesionales con el fin de motivar su participación y el llenado adecuado del cuestionario utilizado, la información recolectada se utilizó únicamente para el estudio de investigación.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

##### 2.1.1 ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

**MONTES L. y otros.** En el estudio “**DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA: CONOCIMIENTOS EN MÉDICOS PEDIATRAS DE LA CIUDAD DE TIJUANA, MÉXICO 2009.**”

**Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimientos teóricos sobre DDC en los médicos pediatras de la ciudad de Tijuana.

**Metodología:** Se realizó un estudio de corte transversal. Se aplicó un cuestionario a médicos pediatras de la ciudad de Tijuana para evaluar los conocimientos teóricos acerca de la DDC. El cuestionario fue previamente validado en una prueba piloto.

**Resultados:** Se evaluaron 77 pediatras, 28 hombres y 49 mujeres; la edad promedio de los participantes fue de 39 años (DE 5); 28 de ellos (36%) indicaron trabajar en nivel privado exclusivamente, 49 (64%) en una institución gubernamental y 44 (57%) tuvieron más de 10 años de experiencia profesional. De los 77 pediatras evaluados, la calificación que se obtuvo mostró un rango de 1-12 aciertos, con un promedio global de 6. Sólo 17 (22%) obtuvieron calificación aprobatoria,  $p < 0.05$ , (I.C. a 95% de 10 a 24 sujetos). Los médicos que indicaron laborar sólo en medio privado tuvieron significativamente mayor frecuencia de aciertos en las preguntas relacionadas con la epidemiología de la DDC ( $p = 0.04$ ). No se encontró asociación entre conocimientos de DDC y otras variables (sexo, edad y tiempo de titulación); ni tampoco con los dominios específicos del cuestionario relacionados con el conocimiento de DDC.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Montes L., Menchaca R., Valles A., Gutiérrez C. Displasia del desarrollo de cadera: Conocimientos en médicos pediatras. MEDIGRAPHIC [Internet]. 2009 [consultado 20 de Enero de 2021]. 23(1): 22-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2009/or091f.pdf>



**VASCONCELOS M., COLMENARES D.** En el estudio. “**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE CADERA EN EL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER CONTACTO EN ZONA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO, MEXICO 2015**”

**Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimientos sobre displasia del desarrollo de cadera.

**Metodología:** Se realizó estadística descriptiva de frecuencias y medidas de tendencia central para las cuantitativas. Se evaluaron 91 trabajadores de la salud de primer contacto de atención, sin distinción entre institución privada o pública. Se distribuyó un cuestionario consistente en 10 preguntas de opción múltiple, ya aplicada anteriormente por Luis E. Montes, validado y publicado inicialmente en el Acta Ortopédica Mexicana en 2009

**Resultados:** De los 91 evaluados, el rango de respuestas correctas varió de 3 a 9. El promedio global de calificación fue de 7 con una desviación estándar de 1.7 puntos. Sólo 32% del personal evaluado obtuvo calificación aprobatoria. De las preguntas sobre epidemiología, 68% de los evaluados obtuvo respuestas acertadas, 30% no fue aprobado y sólo 2% no dio ninguna respuesta. En la pregunta sobre factores de riesgo, se encontró 64% de respuestas aprobatorias con 36% de respuestas erradas. 72,4% de los encuestados obtuvo respuestas aprobatorias en las preguntas sobre diagnóstico y 26% dio respuestas erróneas y 1.6% no dio ninguna respuesta. 68% de los evaluados dio una respuesta incorrecta sobre el manejo, 30% acertó y 2% no dio respuesta alguna. La pregunta que más aciertos obtuvo fue la de antecedentes de riesgo con 68%.<sup>6</sup>

### **2.1.2 ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL**

**CARHUAZ J.** En el informe de experiencia laboral “**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA**

---

<sup>6</sup> Vasconcelos M., Colmenares B. Nivel de conocimientos sobre la displasia de desarrollo de cadera en el personal de salud de primer contacto en zona de influencia del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. MEDIGRAPHIC. [Internet]. 2015 [consultado 20 de Enero de 2021]; 8(1): 548-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eos151af.pdf>



## REFERIR Y DESCARTAR OPORTUNAMENTE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI, JUNIN 2015-2016”.

**Objetivo:** Describir la intervención de enfermería en el control de Crecimiento y Desarrollo para referir y descartar oportunamente Displasia de Cadera en niños menores de 1 año en el Hospital de Apoyo Pichanaki, Junín 2015- 2016.

**Resultados:** El resultado de la cantidad de casos diagnosticados del año 2015 fue de 5 niños con displasia de cadera de 944 partos reportados y en el año 2016 fue de 2 niños con displasia de cadera de 800 partos reportados hasta el mes de octubre. Cabe resaltar que dichos casos fueron diagnosticados en otra Institución Prestadora de Servicio de Salud, mas no en el Hospital de Apoyo Pichanaki debido a que no cuenta con Especialistas, más si con Licenciados en Enfermería que realizan un examen físico de calidad logrando identificar factores de riesgo que podría tratarse de un caso probable de Desarrollo de Displasia de Cadera manifiesta que para realizar las maniobras de Ortolani y Barlow les falta un poco más de experiencia, el cual se cumplen con referir a los especialistas,<sup>7</sup>

### 2.1.3 ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL

No se encontraron antecedentes.

---

<sup>7</sup> Carhuaz Peña J. Intervención de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo para referir y descartar oportunamente displasia de cadera en niños menores de 1 año en el hospital de apoyo pichanaki, 2015-2016. [Informe de experiencia laboral profesional para optar el título de segunda especialidad en enfermería en crecimiento, desarrollo del niño y estimulación de la primera infancia]. Peru: Universidad Nacional del Callao. Escuela Profesional de Enfermería; 2016.



## 2.2 BASES TEÓRICAS

### DISPLASIA DE CADERA

El diagnóstico precoz y el tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) es importante para proporcionar el mejor resultado clínico posible. La DDC abarca un espectro de hallazgos físicos y de imágenes, que van desde una leve inestabilidad y variaciones del desarrollo hasta una dislocación franca. La DDC es asintomática durante la infancia y la niñez temprana.

El desarrollo normal de la cabeza femoral y del acetábulo es codependiente, la cabeza debe estar estable en la cadera para que ambos se formen esférica y concéntricamente. Si la cabeza está suelta en el acetábulo o si cualquiera de los componentes es deficiente, toda la articulación de la cadera corre el riesgo de desarrollar incongruencia y falta de esfericidad.

La mayoría de las autoridades se refieren a la laxitud como inestabilidad o subluxación y la deformidad física real de la cabeza femoral y / o acetábulo como displasia, pero algunos consideran la inestabilidad de la cadera en sí misma como displasia. Además, la subluxación puede ser estática (en la cual la cabeza femoral está relativamente descubierta sin maniobras de estrés) o dinámica (la cadera sale parcialmente del acetábulo con maniobras de estrés).<sup>8</sup>

Anteriormente se utilizaba el término “luxación congénita de cadera” pero se ha sustituido por el de displasia ya que no todas las caderas se encuentran luxadas al nacimiento ni todas evolucionan hasta la luxación.<sup>9</sup>

### ETIOLOGÍA DE DISPLASIA DE CADERA

No parece existir una causa única de luxación congénita de cadera. La etiología es multifactorial, combinándose factores tanto mecánicos como fisiológicos por parte de la madre y el niño, y en ocasiones factores ambientales que producirán la inestabilidad de la cadera y la subsiguiente luxación. Es muy manifiesto el carácter

---

<sup>8</sup> Shaw B., Evaluación y derivación para la displasia de cadera en lactantes. [Internet]. 2017 [consultado 15 de Enero de 2020]. Disponible en: <http://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/32%20Evaluacion%20y%20derivacion%20para%20la%20displasia%20de%20cadera%20en%20lactantes.pdf>.

<sup>9</sup> García C. Enfermedad de Perthes [Internet] Traumatología Infantil; 2010 [consultado 08 de Diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.traumatologiainfantil.com/es/cadera/displasia-de-cadera>



familiar, posiblemente por irregular desarrollo del techo cotoideo, dato de gran valor al efectuar la historia clínica del recién nacido, no se sabe la causa. Se ha asociado con: la falta de fuerza de los ligamentos inducida por las hormonas maternas; escasez de líquido amniótico durante el embarazo; mala postura del feto en el útero materno; carácter hereditario, entre otros.<sup>10</sup>

## GENERALIDADES

Se piensa en una combinación de factores en los que interviene, principalmente, un componente hereditario con penetrancia limitada. Esa sería la causa principal que, asociada con factores mecánicos como la posición en el útero, la cantidad de líquido amniótico, la forma de envolver a los recién nacidos y problemas musculares como debilidad del músculo glúteo medio, ya sea real o debida a la fuerza de los aductores y el músculo psoas. Por lo anterior, siempre que exista un antecedente en la familia debe insistirse en la búsqueda de esta afección; también cuando el paciente tenga tortícolis o deformidades en los pies: equino varo o talo; haciendo énfasis en que la exploración debe repetirse cada mes los primeros seis meses ya que, por el carácter evolutivo del padecimiento, puede pasar inadvertido inicialmente y después tornarse evidente.<sup>11</sup>

Displasia (del griego dys, que significa mal, y plássein, modelar) es un término que hace referencia a la presencia de un amplio espectro de anomalías en la conformación de la cadera. La DDC se considera una «enfermedad multifactorial». La expresión «herencia multifactorial» significa que el defecto de nacimiento puede ser provocado por muchos factores, que suelen ser tanto genéticos como ambientales.

A menudo un sexo suele afectarse más frecuentemente que el otro en cuanto a los rasgos multifactoriales. Parece existir un «umbral de expresión» diferente, lo que significa que un sexo tiene mayor probabilidad de padecer el problema que el otro. La DDC es 9 veces más común en las mujeres que en los hombres.

---

<sup>10</sup> Jimenez R. Luxación congénita de cadera. Asociación Española de Pediatría [Internet]. España; 2008 [consultado 15 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/politica-de-privacidad>.

<sup>11</sup> Isunza Ramírez A, Isunza Alonso O. Displasia de la cadera. Acta Pediátrica de México. 2015; 36(3).





Una de las influencias del ambiente que se cree que contribuye a la DDC es la respuesta del bebé a las hormonas de la madre durante el embarazo.

La displasia es más frecuente en los primogénitos, así como en los bebés de embarazos múltiples, aquellos que al momento del parto se encontraban en presentación podálica o cuya madre presentó oligohidramnios durante el embarazo. Algunos investigadores han fijado que la lesión en la cadera izquierda es 40 veces más frecuente que en la derecha y se ha demostrado que la cadera izquierda comprimida contra el promontorio sacro de la madre en la posición de nalgas podría ser la razón para la asociación entre las luxaciones del lado izquierdo y la presentación de nalgas. Todos estos son factores tienen en común la limitación del espacio en el cual el feto puede moverse dentro del útero e interfieren con la conformación adecuada de sus caderas. El nacimiento por cesárea no constituye por sí mismo un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.)

Dentro de los factores predisponentes a tomar en consideración se encuentran:

**PRESENTACIÓN PÉLVICA:** Con una incidencia de 8 a 10 veces mayor que en la población en general y una prevalencia del 10 al 50% de todos los casos, se estima que la presentación pélvica con las rodillas en extensión es la principal causa asociada para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera, ocasionando acortamiento y contractura del músculo iliopsoas.

**PRESENTACIÓN PÉLVICA CON ALUMBRAMIENTO POR PARTO VERSUS CESÁREA:** Se encuentra un riesgo significativamente mayor en nacimientos por parto que por cesárea con una incidencia de hasta 1.31 veces más.

**OLIGOHDDRAMNIOS:** La carencia de líquido amniótico durante las últimas fases de la etapa gestacional se ha relacionado con un aumento en el riesgo de presentación de displasia de cadera hasta cuatro veces con respecto a la población en general.

**PRIMIGESTA:** La falta de distensibilidad de las paredes uterinas durante el primer embarazo provoca una compresión mecánica directa a nivel coxofemoral que duplica la posibilidad de displasia de cadera en correlación con los productos de gestas múltiparas.



**PRODUCTO MACROSÓMICO:** El alto peso durante el desarrollo fetal aumenta las posibilidades de presentar datos de displasia de cadera al nacimiento, con una probabilidad 2.67 veces mayor en aquellos recién nacidos con peso igual o mayor a 4,000 g que en aquéllos con peso menor de 2,500 g, por lo tanto, se considera que el bajo peso al nacer es un factor protector.

**EMBARAZO MÚLTIPLE O GEMELAR:** Si bien no se ha encontrado un riesgo significativo de displasia de cadera en gemelos, se ha observado una disminución en los movimientos libres de la cadera mediante ultrasonido lo que pudiera condicionar eventualmente el retraso en la madurez acetabular confinando a una displasia acetabular pura o incluso una luxación franca de cadera.

**GÉNERO FEMENINO:** El género femenino se encuentra con un riesgo elevado de hasta cuatro veces en comparación con el género masculino de presentar displasia de cadera, ya que existe un aumento en la laxitud ligamentaria y capsular por efecto directo de las hormonas maternas, en especial la relaxina que actúan primordialmente en las mujeres recién nacidas. Aunque esta teoría no ha sido comprobada aún en estudios subsecuentes.

**FACTOR HORMONAL:** A pesar de que no se ha observado diferencia cuantitativa en los niveles hormonales de relaxina en pacientes con displasia de cadera en comparación con pacientes sanos, se ha observado un aumento en la expresión de receptores a la relaxina lo que podría condicionar como consecuencia una hiperlaxitud generalizada con efecto temporal.

**LEIOMIOMATOSIS UTERINA:** A pesar de no encontrar en la literatura significancia estadística que soporte los estudios, la restricción mecánica que provoca la ocupación uterina por un mioma o leiomioma puede ocasionar la disminución de movimiento coxofemoral en el producto generando como consecuencia cambios a nivel acetabular.

**EDAD MATERNA AVANZADA:** Las madres con edades comprendidas entre los 30 y 34 años de edad al momento de la concepción presentan un riesgo elevado de 1.71 a 2.32 veces más de presentar productos con displasia del desarrollo de la cadera comparado con madres en edades menores a 20 años.



**PRODUCTO POSTÉRMINO:** Los recién nacidos con edad gestacional mayor a 40 semanas presentan un riesgo exponencial de 1.48 a 2.13 veces más que los bebés nacidos a las 38 semanas, esto correlacionado con la disminución en el espacio intrauterino lo que provocaría mayor restricción de los movimientos de la cadera.

**FACTORES GENÉTICOS:** Estudios retrospectivos en familias han mostrado una mayor predisposición a presentar displasia del desarrollo de la cadera en gemelos monocigóticos comparado con gemelos dicigóticos, encontrando una relación que oscila del 4.3 al 14%. Así mismo se ha observado mayor predisposición en familias en donde uno de los padres presentó la afección, alcanzando una correlación de 1,6 a 2,3% mayor que en la población en general.<sup>2</sup>

Se han identificado numerosos factores de riesgo que influyen en el desarrollo de una displasia de cadera, si bien destacan:

- Presentación nalgas puras debido a la influencia en la postura de las caderas.
- Sexo femenino debido a la mayor elasticidad producida por la sensibilidad a las hormonas maternas.
- Cadera izquierda debido a la postura en aducción al estar apoyada contra sacro.
- Primer hijo debido a la posición en un útero más tenso.
- Historia familiar con patrones hereditarios.<sup>11</sup>

## **EVALUACIÓN DEL TONO MUSCULAR**

Dentro del proceso la evaluación del paciente es lo más importante, algunos puntos generales que en esta etapa se observan son:

- Edad y sexo.
- Tono muscular: resistencia o no a la palpación, presencia de tejido graso con respecto al tejido muscular y conjuntivo, organización del tejido y su relación con el tejido graso y fásico.
- Ligamentos o hiperlaxitud articular.
- Articulación: hipomóvil o hiper móvil.
- Postura: en sus diferentes posiciones (anterior, posterior, lateral. De cubito y bipedestación)
- Actividad motriz.



Cuando la integración de sistema neuromusculoesquelético es pobre debido a factores como la hipotonía, hay una alteración entre la edad neurológica y cronológica. La alteración de los tejidos compromete el desarrollo motor, la postura y la marcha, como es el caso en niños hipotónicos moderados o severos.

Existen características de los pacientes con bajo tono muscular y sus consecuencias a nivel articular. Al no tener un tejido conjuntivo, fascial y muscular tensionado, no permite una buena coaptación, no hay aproximación entre las superficies articulares, quedando a expensas de desviaciones de ejes y luxaciones que van a afectar el esquema corporal, por falta de una correcta secuencia de información propioceptiva. Como consecuencia de ello el niño hará compensaciones para lograr movimientos, generando nuevamente una desorganización corporal, lo cual convierte esto a un círculo vicioso.<sup>12</sup>

La Hipertonía Muscular en el bebé es el aumento de tono muscular, este es normal en el recién nacido en sus miembros superiores e inferiores y debe de ir normalizándose conforme el niño se va desarrollando. En los casos que no es así y esta Hipertonía persista, puede tener graves consecuencias.

La Hipertonía es mucho más común en bebés prematuros, pues los músculos del bebé están preparados para desarrollarse dentro de un medio líquido. Cuando maduran fuera de la madre, lo hacen de una manera diferente. Además, el bebé en la incubadora está apoyado sobre una superficie plana, boca arriba (mientras que dentro del útero se encontraba flexionado). Por estos motivos, en los bebés que nacen antes de las 32 semanas, predomina el tono de los músculos extensores.

La Hipertonía transitoria desaparece a los 18 meses. Cuando no hablamos de Hipertonía transitoria puede ser a causa de algún desajuste cerebral y para detectarlos hay varios signos de alarma.

Una de las formas en las que se pone de manifiesto este aumento del tono es por ejemplo a través del aumento de la resistencia que ofrece una extremidad cuando se le quiere mover pasivamente. El hecho de que el músculo esté en continua contracción hace que pierda, con el tiempo, su elasticidad, terminando en

---

<sup>12</sup> Yampufé M. Manual Práctico de Manejo Fisioterapéutico del Paciente con Enfermedad Luxante de Cadera. 1st ed. Cornetero JMY, editor. Lima; 2017.



contracturas si no se tratan. Esto lleva a la presencia de malas alineaciones óseas que pueden conducir a deformidades esqueléticas.<sup>13</sup>

## TIPOS DE LUXACIÓN

Cabe distinguir los siguientes tipos de luxaciones:

**TERATOLÓGICA:** Ésta tiene su origen en una etapa temprana del desarrollo; los signos clínicos y radiológicos al nacer, son la manifestación de los cambios adaptativos de la pelvis y cabeza del fémur, se encuentra en 2% de los casos y se asocia a enfermedades como artrogriposis múltiple congénita y mielodisplasia.

**TÍPICA:** Es más frecuente, aparece y se desarrolla en el periodo perinatal, hay pocos cambios adaptativos, siendo las manifestaciones clínicas al nacimiento sutiles y los estudios radiográficos frecuentemente son normales. Se divide así:

- ✓ **CADERA LUXADA:** En ésta, la cabeza del fémur se encuentra completamente desplazada del acetábulo.
- ✓ **CADERA LUXABLE:** La cabeza se encuentra en el acetábulo pero puede ser desplazada completamente con una maniobra, para después volver a reducirse. Es la más frecuente.
- ✓ **CADERA SUBLUXABLE:** La cabeza femoral se encuentra dentro del acetábulo pero se puede provocar su desplazamiento sin sacarlo de esta cavidad completamente.<sup>14</sup>

## DIAGNÓSTICO

La afectación puede ser unilateral o bilateral. En esta edad y durante el primer mes, es importante la maniobra de Barlow. Pretende notar el resalte producido en la cadera luxable con la entrada y salida de la cabeza femoral de la cavidad cotiloidea. Colocado el niño en decúbito supino, se doblan las rodillas en ángulo recto y se abarca el fémur con la mano, de modo que el pulgar se sitúe en la cara interna del muslo y los pulpejos de los otros cuatro dedos toquen el trocánter mayor. Haciendo entonces palanca sobre el trocánter, se separan las rodillas, llevándolas hacia el plano de la cama; esta maniobra hace entrar la cabeza en el cótilo y se nota el

---

<sup>13</sup> Martínez D. Hipotonía e hipertonia muscular en bebés [Internet]. Clinica Vass; 2017 [consultado 15 de Octubre de 2020]. Disponible en: <https://clinicavass.com/hipotonia-hipertonía/>.

<sup>14</sup> Delgadillo Avendaño , Macías Avilé HA, Hernández Yañez. Desarrollo displásico de cadera. Revista Mexicana de Pediatras. 2006 Enero; 73(1).



resalte que la reducción produce. Al efectuar la maniobra a la inversa y reproducir la luxación, se nota el resalte de salida.

La maniobra de Ortolani consiste con ambas caderas en flexión y abducción de 90°, si la cadera está luxada, la abducción está limitada y es la presión de los dedos sobre el trocánter, forzando suavemente la abducción, la que reducirá la cadera que al soltar la posición vuelve a luxarse. En la cadera luxada tiene más valor el acortamiento del miembro, la asimetría de los pliegues cutáneos posteriores y la limitación de la abducción. Tanto es así que ante una asimetría de pliegues glúteos debe solicitarse una ecografía de caderas. Con estas dos maniobras podemos clasificar los diferentes tipos de cadera patológica:

- a) cadera inestable cuando el Barlow es positivo.
- b) cadera luxada reducible cuando el Ortolani es positivo
- c) cadera luxada irreductible cuando con el Ortolani no se logra la reducción.

Una cadera luxable es siempre patológica, ya que en el recién nacido normal la cadera tiene tal estabilidad que un movimiento forzado motiva antes un desprendimiento epifisiario. La presencia de una importante limitación de la abducción, junto con una maniobra de Ortolani que no mejora la situación de la cadera, nos tiene que hacer sospechar la presencia de una luxación de cadera irreductible.

En estos casos es útil el estudio radiológico que mostrará el fémur ascendido. En cada revisión se explorará de manera minuciosa las caderas, valorando el movimiento espontáneo de las piernas, la longitud de las mismas y la asimetría de los pliegues.

El dato clave en esta edad es la limitación de la abducción de una o ambas caderas ya que normalmente, con las rodillas flexionadas, un recién nacido tranquilo (sin llanto) permite que ambas rodillas toquen la superficie de la mesa de exploración simultáneamente.

Cuando no se logra la apertura de las caderas, se determina que existe limitación de la abducción, dato clave para el diagnóstico de displasia de la cadera en desarrollo. Otro dato importante es la asimetría de los pliegues; sin embargo, hay pliegues “mentirosos”: los de la mitad del muslo debido a la acumulación de grasa.



Los pliegues que sí son patológicos son los de los labios mayores, los de los glúteos y los poplíteos.<sup>(16)</sup>

### **DIAGNOSTICO CLÍNICO**

Exploración en el niño menor de 1 año (sobre todo para valorar displasia del desarrollo de la cadera, DDC)

- Desde el nacimiento hasta los 2 meses de edad: neonato.<sup>15</sup>

### **TEST DE LUXACIÓN - REDUCCIÓN**

La correcta realización e interpretación de estas pruebas y en general de cualquier exploración en recién nacidos exige la existencia de un entorno favorable, aconsejándose:

- Ambiente cálido y sin ruidos.
- Niño relajado, preferentemente después de alguna toma.
- Manos del explorador caliente.
- Superficie donde reposa el niño firme.

### **MANIOBRA DE BARLOW (LUXACIÓN):**

Con la niña o niño acostado de espaldas y con las caderas flexionadas en ángulo recto, se apoya el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor. Niño en cubito supino. Se coloca igual que la maniobra de Ortolani, llevar a cabo la flexión de la cadera a 90° en discreta aducción. Se realiza una presión suave hacia atrás y afuera del fémur. Si la cadera es luxable, se notará la sensación de salida (“clunk de salida”). A mayor extensión de cadera (se explora con la cadera menos flexionada), ésta es más inestable. En la cadera inestable (patológica), la sensación es de “catalejo”, o deslizamiento de la cabeza hacia delante y detrás, sin notar la “sensación de salida” completa. Si se nota que la cabeza del fémur se luxa hacia atrás la maniobra es positiva.

---

<sup>15</sup> Delgado A. Exploración del aparato locomotor: cadera y rodilla. [Internet] Madrid: AEPap; Curso de Actualización Pediatría 2005. [consultado 18 de Octubre de 2020] Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/locomotor06.pdf>



Se notará un resalte de la cabeza sobre el borde posterior del cótilo, deben probarse ambos lados.<sup>16</sup>

Comprueba lo luxable de una cadera reducida. El niño se coloca en decúbito supino con las caderas en abducción a 45 grados. Mientras una cadera fija la pelvis y la otra se moviliza, suavemente en aducción y abducción, tratando de deslizarla sobre el borde acetabular, pretendiendo luxarla al aducirla al empujar con el pulgar el cuello del fémur hacia fuera y atrás, mediante presión axial sobre la diáfisis para luego reducirla en abducción.<sup>14</sup>

Con la niña o niño acostado de espaldas y con las caderas flexionadas en ángulo recto, se apoya el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor. Al aducir (aproximar a línea media) se siente un “clic” de entrada de la cabeza del fémur en el acetábulo.

#### **MANIOBRA DE ORTOLANI (REDUCCIÓN DE CADERA LUXADA):**

Signo del resalte, con el niño de cubito supino, flexionar la rodilla y sujetarla con ambas manos de forma de que los pulgares se encuentran a lo largo de las caras mediales de los muslos y los demás dedos sobre los trocantes. A continuación, llevar a cabo la flexión de la cadera a 90° y a partir de esa posición iniciar una abducción suave y uniforme de la cadera explorada empujando al trocánter hacia arriba con los dedos medios.

Si una cadera esta dislocada al ir alcanzando la abducción completa se notara como la cabeza del femoral salta sobre el reborde posterior del acetábulo.<sup>14</sup>

Con esta maniobra se pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Se debe hacer con el niño en decúbito supino, relajado y flexionando las caderas y rodillas 90 grados, fijado el muslo con el dedo pulgar, mientras el segundo y tercer dedo fijan el relieve del trocánter. Luego se abduce el muslo y se estira, presionando el trocánter hacia adentro, hacia el borde acetabular. Si hay luxación se escucha un “click” y se puede ver cómo resalta el muslo que se tracciona. Esta maniobra traduce luxación de cadera.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Axotta V., Gonzales D., Gomez S. Luxacion Congenita de Cadera. Rev Hosp Jua Mex. [Internet] 2000 [consultado 02 de Octubre de 2020]; 67(2): 77-83. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2000/ju002d.pdf>





Con la niña o niño acostado de espaldas y con las caderas flexionadas en ángulo recto, se apoya el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor. Al abducir (alejarse de la línea media) se siente un “clic” de entrada de la cabeza del fémur en el acetábulo.<sup>17</sup>

No sobre el trocánter menor: ¡duele! La maniobra es positiva cuando notamos que el fémur entra. No es un “click”, ni siquiera a veces se escucha nada. Es una sensación propioceptiva, que se suele definir como “clunk de entrada”.<sup>17</sup>

#### ☞ PRUEBA DE THOMAS:

El recién nacido normal presenta una contractura en flexión de 15 a 30 grados de caderas y rodillas, que desaparece normalmente a los 2-3 meses de edad. Cuando la cadera está luxada, esta contractura se pierde y se observa la extensión completa de la cadera y la rodilla.

En el neonato no son útiles los otros signos de luxación de cadera: asimetría de pliegues, limitación de la abducción y el signo de Galeazzi.

El diagnóstico de DDC es, por tanto, fundamentalmente clínico, no radiológico ni ecográfico.<sup>15</sup>

→ Desde los 3 a los 12 meses: lactante

La exploración sigue siendo lo fundamental. Se produce retracción de los músculos abductores, lo que provoca:

#### ☞ LIMITACIÓN DE LA ABDUCCIÓN:

Al abrir la pierna como un libro no sobrepasa los 60°. <sup>19</sup>

No todas las caderas luxadas pueden reducirse con estas maniobras. Por ello, valoramos también la abducción de cadera, es decir, cuanto abre o separa las piernas. Si existe una asimetría importante, podemos pensar que la cadera que se abre menos pueda tener una luxación. <sup>11</sup>

---

<sup>17</sup> MINISTERIO DE SALUD. Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA. [Internet]. Perú; 2017 [consultado 19 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190581-537-2017-minsa>



#### ☞ SIGNO DE GALEAZZI:

Presente hasta los 11 meses de edad, es un acortamiento aparente de una extremidad con desigualdad del nivel de rodillas cuando se unen los pies del niño colocado en decúbito supino sobre la mesa de exploración, con las caderas y rodillas flexionadas. Indica desplazamiento proximal de la cabeza femoral, pero no está presente en una afectación bilateral.<sup>16</sup>

#### ☞ PLIEGUES:

Colocando al niño en decúbito supino se observa la asimetría de los pliegues del muslo y en posición decúbito prono se observa la asimetría de los pliegues del glúteo. Estos signos son de menor valor diagnóstico, ya que en menos de la mitad de los casos se puede encontrar que la cadera es luxable.<sup>16</sup>

#### ☞ SIGNO DE PISTÓN:

Este signo es el que comúnmente se encuentra en los lactantes. Es positivo cuando al niño, colocado en decúbito dorsal se le tracciona el miembro inferior en sentido distal y éste se desplaza con facilidad, pero al soltarlo vuelve a la posición que tenía antes de esta maniobra: repetido varias veces este procedimiento da la idea de un “pistón” funcionando.<sup>(16)</sup>

### VALORACIÓN DE RESULTADOS DE LOS TEST DE REDUCCIÓN - LUXACIÓN

Después de la evaluación de la cadera según las dos maniobras de Barlow y Ortolani, la cadera puede ser descrita como:

1. Normal (con o sin clics de los tejidos blandos).
2. Subluxación de cadera. Laxitud de cadera.
3. Luxable: Barlow positivo.
4. Luxada:
  - a) Reducible. Ortolani positivo.
  - b) No reducible. Tetralógicas.<sup>14</sup>

### ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS

**RADIOLOGÍA:** El estudio radiológico, examen morfológico y estático, no permiten observar las alteraciones dinámicas que ocurren inicialmente al verse afectadas las



estructuras cartilagosas y ligamentosas. Los primeros cambios en las estructuras óseas acontecen después de las cuatro a seis semanas de que se manifiesta la laxitud articular. Por eso su mayor sensibilidad para el diagnóstico de esta anomalía es después de que el niño tiene dos meses de edad.

Tiene la ventaja de ser un examen sencillo, seguro para el paciente, económico y accesible en cualquier centro hospitalario. La imagen normal de la articulación en la que el ángulo medial del cuello femoral se sitúa en el cuadrante inferior y medio, se encuentra alterado; se le encuentra en el área inferior y lateral, lo que identificaría una subluxación, de encontrarse en la parte superior externa sería una displasia de cadera

- Línea de Hilgenreiner, que une a los cartílagos trirradiados.
- Línea que va desde el cartílago trirradiado y que pasa entre los dos pilares externos del acetábulo.
- Índice acetabular o ángulo de Coleman es el ángulo formado por las dos líneas anteriores, Normal = 30°.
- Línea de Perkins: línea que pasa por el borde más lateral del acetábulo, formada por la línea de Hilgenreiner, y los cuadrantes de Putti. Normalmente el núcleo de osificación de la cabeza femoral se encuentra en el cuadrante infero-medial.
- Línea de Hilgenreiner, que une a los cartílagos trirradiados.

**ULTRASONOGRAFÍA:** Es el estudio que se recomienda en los primeros meses de vida, permite con mayor claridad visualizar la cabeza femoral cartilaginosa y el acetábulo; es decir, la estabilidad articular y la morfología acetabular. Las caderas se estudian de forma dinámica y la sensibilidad de este procedimiento de diagnóstico es del 100%. Por otro lado el equipo no es accesible a todas las instituciones de salud y requiere de personal capacitado y con experiencia, tanto para hacer el estudio como para interpretar las imágenes. En el primer mes de vida no descarta la posibilidad de que después pueda encontrarse una displasia de la cadera, por lo que en niños a riesgo por los factores predisponentes ya mencionados, un examen físico anormal y el ultrasonido normal antes del primer mes de vida es recomendable indicar una radiografía de la pelvis a los 3 meses de edad, de acuerdo a las siguientes pautas:



- Neonatos con factores de riesgo para la displasia de cadera, pero con exploración física normal: se hará ultrasonido de cadera entre la segunda y tercera semana de vida.
- Recién nacidos con o sin factores de riesgo y examen físico anormal: ultrasonido de cadera al nacer.
- Niños recién nacidos sin factores de riesgo y con exploración física normal, tanto periodo neonatal como en los controles clínicos siguientes: Radiografías de pelvis a los tres meses.
- Una indicación para ultrasonografía es en aquel niño en el que la radiografía de la pelvis es dudosa o es técnicamente deficiente en un niño con un examen físico normal.<sup>18 (20)</sup>

## **TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DE CADERA**

El tratamiento precoz revierte la displasia de forma definitiva. El tratamiento tardío aboca a multitud de actuaciones médicas, a veces, con resultados no del todo buenos. En el tratamiento de la displasia de cadera, hay que tener en cuenta diferentes factores, destacando la edad y la inestabilidad de la cadera, primero se define el estado de la cadera (cadera luxada, cadera subluxada, cadera luxable).

### **CADERA LUXABLE (BARLOW POSITIVO)**

- Niño menor de 6 semanas y la exploración mejora (menor inestabilidad) no requiere tratamiento.
- Niño mayor de 6 semanas y/o la inestabilidad persiste, se deriva al especialista en ortopedia infantil. En estos casos se suele utilizar algún tipo de arnés o férula de abducción.

### **CADERA LUXADA (ORTOLANI POSITIVO)**

- Se debe derivar al especialista para su tratamiento.
- En este caso el tratamiento de elección es el arnés o férula en los casos reductibles por debajo de los 6 meses de edad.

---

<sup>18</sup> Arce J., García B. Displasia del desarrollo de caderas: ¿Radiografía o ultrasonografía? ¿A quiénes y cuándo?. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2000 [consultado 20 de Enero de 2020]; 71(4): 354-6. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-4106200000400013](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4106200000400013)



- Se espera un tiempo aproximado de 3 semanas para lograr la reducción de la cadera, sino se cambia de tratamiento.
- El arnés o férula debe ser revisado de forma semanal.
- En el arnés de Pavlick no debe colocarse en posiciones forzadas de hiperflexión o abducción excesiva para evitar complicaciones como la parálisis del nervio femoral o la necrosis avascular de la cadera.
- Debe ser colocado directamente sobre la piel.
- No se retira para el aseo del niño
- El arnés o férula debe mantenerse por un periodo de 3 a 6 meses según su magnitud y gravedad de la enfermedad, retirándolo de manera forma progresiva una vez de halla objetiva la reducción de la cadera.

### **CADERA LUXADA CON DIAGNÓSTICO TARDÍO:**

Es un campo muy complejo que requerirá siempre la derivación al especialista en ortopedia infantil. En cualquier caso, aunque se hayan normalizado los parámetros de la cadera, estos niños pueden desarrollar una displasia tardía, por lo que es necesario el seguimiento hasta la maduración esquelética. Igualmente, los casos de necrosis cefálica pos tratamiento pueden dar lugar a deformidades durante la infancia y adolescencia, al igual que ocurre en otras patologías.<sup>19</sup>

Las principales secuelas de la displasia en el desarrollo de la cadera son el acortamiento de la extremidad, la claudicación, escoliosis, dolor, deformidades de la rodilla, desgaste temprano de la cadera contralateral y las limitaciones de movimiento, situaciones que se agravan cuando el paciente recibe una sustitución protésica por el desgaste de dicha articulación. También es de suma importancia hacer notar que los pacientes presentan, además de las alteraciones sicosociales al ser rechazados en áreas escolares, deportivas y laborales, datos que en su conjunto hacen que el individuo sea portador de una discapacidad por lo que caen dentro de la definición de «persona con discapacidad».<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Abril J, Vara I. Pediatría Integral. [Internet]. 2019 [consultado 8 de Diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-06/displasia-del-desarrollo-de-la-cadera-y-trastornos-ortopedicos-del-recien-nacido/>

<sup>20</sup> Ramírez J, Y Otros. El diagnóstico oportuno de la displasia de cadera. Enfermedad discapacitante de por vida. Consenso del Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología. Medigraphic. [Internet] 2011 [consultado 25 de Diciembre de 2020]; 25(5): 313-22. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2011/or115j.pdf>



## CONOCIMIENTO

Según la Real Academia Española (RAE) el conocimiento es: 1. Acción y efecto de conocer. 2. Entendimiento, inteligencia, razón natural. 3. Noción, saber o noticia elemental de algo.<sup>21</sup>

El conocimiento es el proceso mediante el cual la realidad es reflejada y reproducida en el pensamiento humano. Es producto de distinto tipo de experiencias, razonamientos y aprendizajes, por otro lado, la práctica es la aplicación.

- EL ORIGEN DEL CONOCIMIENTO

**EL RACIONALISMO:** Es la postura epistemológica que sostiene que es el pensamiento, la razón es la fuente principal del conocimiento humano. Sus planteamientos más antiguos los encontramos en Platón, posteriormente en Plotino y San Agustín, también en Malebranche, Descartes y Leibnitz.

**EL EMPIRISMO:** Sostiene que el conocimiento procede de la experiencia ligada a la percepción sensorial del contacto directo con la realidad. Se desarrolla en la Edad Moderna con Locke.

**EL INTELECTUALISMO:** Es una postura que trata de mediar entre el racionalismo y el empirismo. Concibe el elemento racional como derivado del empírico lo que indica que el conocimiento se forma de la experiencia y el pensamiento.

**EL APRIORISMO:** Es un segundo intento de mediación entre el racionalismo y empirismo, se considera que el elemento a priori no deviene de la experiencia, sino del pensamiento adquiriendo conocimiento del mundo real sin requerir a la experiencia.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Real Academia Española. RAE. [Internet]. 2020 [consultado 20 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento?m=form>.

<sup>22</sup> Nava J. El problema del origen del conocimiento humano. Los supuestos filosóficos con los que se pretende resolver Revista Latinoamericana de Filosofía de la Educación [Internet]. 2017 [consultado 05 de Marzo de 2021].4 (1): 165 - 92. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-EIProblemaDelOrigenDelConocimientoHumanoLosSupuest-6195240.pdf>



## 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

### ▪ CONOCIMIENTO

El conocimiento es el proceso mediante el cual la realidad es reflejada y reproducida en el pensamiento humano. Es producto de distinto tipo de experiencias, razonamientos y aprendizajes, por otro lado, la práctica es la aplicación

### ▪ DISPLASIA DE CADERA

La displasia del desarrollo de la cadera es una malformación que afecta a las articulaciones de la cadera, que provocan problemas del desarrollo, ya sea desde un período intrauterino o adquirido durante los primeros meses de vida.



## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE INVESTIGACION

##### 3.1.1 DESCRIPTIVO

Porque el presente trabajo permitió describir el comportamiento de la variable tal y como se encontró en la realidad.

##### 3.1.2 TRANSVERSAL

Porque el instrumento se aplicó por única vez para la toma de información de la variable.

#### 3.2 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo perteneció a la Línea de Investigación: sobre “Desempeño en el ejercicio profesional.”

#### 3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo cuantitativo ya que los resultados son expresados de manera cuantificable.

#### 3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA:

##### 3.4.1 POBLACIÓN

Estuvo constituida por los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano de la Red Norte Cusco, conformado por 487 licenciados en enfermería distribuidos en sus 8 Microredes.

##### 3.4.2 MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO

Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, se trabajó con un total de 44 licenciados en enfermería que laboran en el servicio de CRED, pertenecientes a dos Micro Redes de la Red Norte Cusco: Micro Red Belempampa





con 19 licenciados distribuidos en sus 5 establecimientos de salud (C.S. Belepampa, C.S. Independencia, P.S. Dignidad Nacional, P.S. Zarzuela y P.S. Occopata) y la Micro Red Wanchaq con 25 licenciados distribuidos en sus 5 establecimientos de salud (C.S. Wanchaq, C.S. Ttio P.S. Manco Ccapac, P.S. Chocco y P.S. Ccorao), dato obtenido por la oficina de recursos humanos.

### **3.4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- ✓ Licenciados que desearon participar voluntariamente.
- ✓ Licenciados en enfermería que laboren en el servicio de crecimiento y desarrollo (CRED).

### **3.4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- ✓ Licenciados que no desearon participar voluntariamente.
- ✓ Licenciados en enfermería que laboren en otros servicios.
- ✓ Licenciados con licencia o permiso por COVID-19.

## **3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

### **3.5.1 TÉCNICA**

En la presente investigación se empleó como técnica la entrevista.

### **3.5.2 INSTRUMENTO:**

El instrumento que se empleó fue el cuestionario estructurado conformado por dos partes, la primera parte dirigida al recojo de datos generales de los profesionales de enfermería conformado por 6 ítems, la segunda parte dirigida a la evaluación del conocimiento de los profesionales de enfermería conformado por 20 preguntas y una expresión final de 20 puntos, clasificado de la siguiente manera: buena de 20 a 16 puntos, regular de 15 a 11 puntos y mala menor o igual a 10 puntos.

### **3.5.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validación de instrumento se realizó a través de juicio de expertos por lo que se solicitó a expertos en metodología de investigación, licenciados expertos en crecimiento y desarrollo y expertos en diagnóstico y tratamiento de la enfermedad



luxante de cadera, que dieron sugerencias para mejorar dicho instrumento para la aplicación en el estudio, por consiguiente se realizó la confiabilidad del instrumento con la técnica estadística denominada índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.788 estableciendo la fiabilidad del instrumento para el procedimiento de datos.

### **3.6 PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En primer lugar, se gestionó el permiso correspondiente con las gerencias de las Micro Redes, se solicitó el permiso a la gerencia de la Micro Red Belempampa y a la gerencia de la Micro Red Wanchaq, pertenecientes a la Red Norte Cusco para desarrollar la investigación, una vez recabada la autorización se procedió a visitar a los distintos consultorios de crecimiento y desarrollo (CRED) de las Micro Redes seleccionadas, se brindó la información el objetivo del estudio y se pasó a aplicar el instrumento.

### **3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez completado los cuestionarios, fueron vaciados al programa estadístico SPSS, posterior fueron procesados por el programa Excel para la creación de gráficos, a fin de presentar el cuarto capítulo titulado interpretación y análisis de resultados.



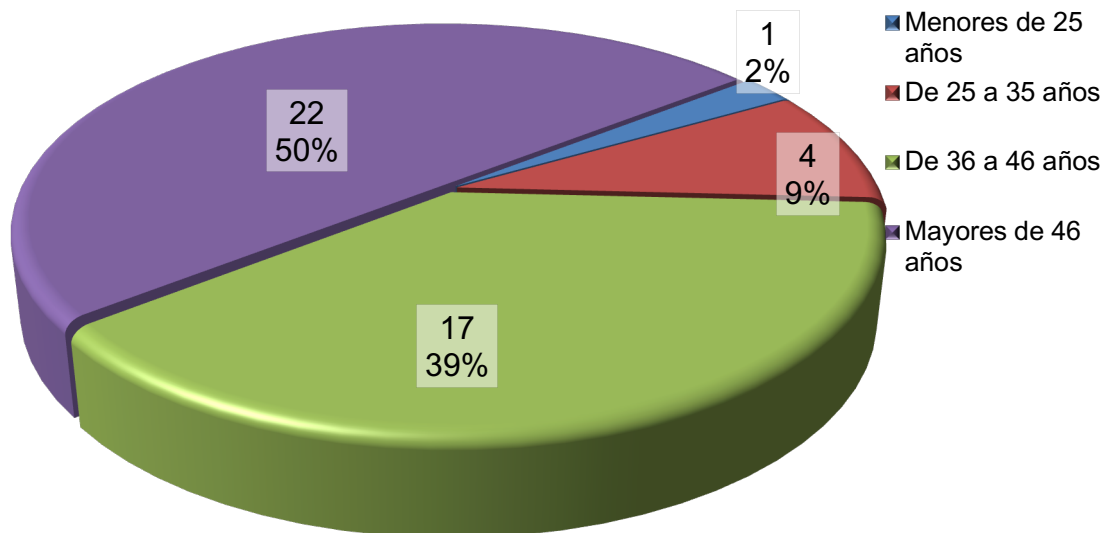
## **CAPÍTULO IV**

### **INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

## I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

GRÁFICO N° 01

### EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

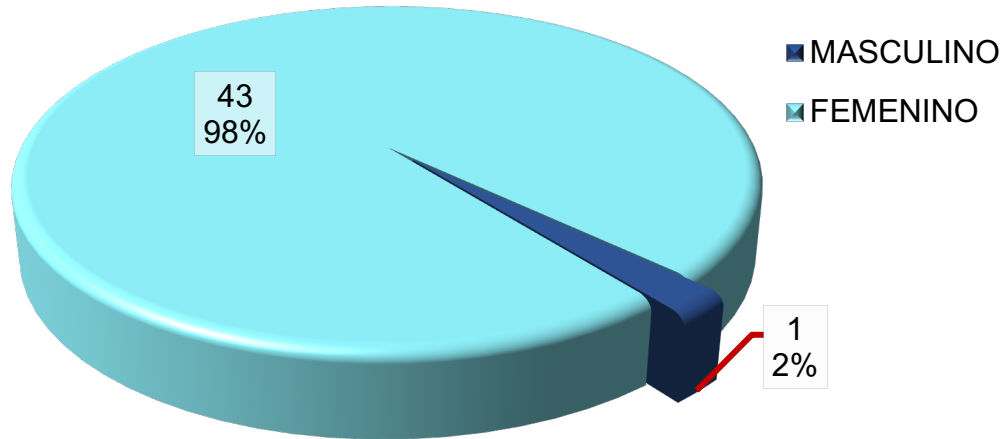
En el presente gráfico se observa la edad de los licenciados en enfermería donde el 50% son mayores de 46 años y solo el 2% son menores de 25 años.

Los resultados del estudio de MONTES L. “DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA: CONOCIMIENTOS EN MÉDICOS PEDIATRAS DE LA CIUDAD DE TIJUANA, MÉXICO 2009” se encontró que la edad promedio de los participantes fue de 39 años, consecuentemente los resultados obtenidos no coinciden con los obtenidos por la presente investigación.

Del presente gráfico se puede inferir que la mitad de licenciados son mayores de 46 años, seguido por un grupo que se aproxima a la edad, siendo una gran mayoría de licenciados que representan una edad llena de conocimientos adquiridos a lo largo de su trayectoria y formación como profesional, con mayor experiencia beneficiosa para la evaluación del niño.

## GRÁFICO N° 02

### SEXO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

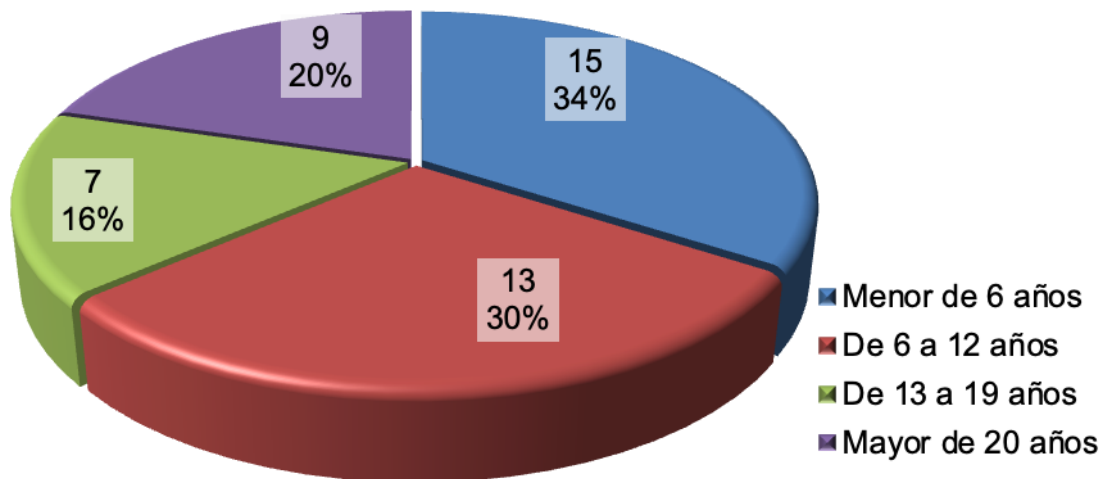
En el presente gráfico se observa que los licenciados en enfermería pertenecientes al sexo femenino son del 98% y el personal de sexo masculino un 2%.

Los resultados del estudio de MONTES L. “DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA: CONOCIMIENTOS EN MÉDICOS PEDIATRAS DE LA CIUDAD DE TIJUANA, MÉXICO 2009” no se encontró similitud ya que en el estudio presentan 28 hombres (36%) y 49 mujeres (64%).

De los resultados se infiere que el sexo femenino, predomina en los profesionales de enfermería que laboran en los centros de salud de la Red Norte Cusco, tal situación podría deberse a que antes la profesión de enfermería era más vista por las mujeres siendo sus capacidades y emociones las que más se asemejaban al perfil profesional del momento.

### GRÁFICO N° 03

#### TIEMPO EN EL SERVICIO CRED DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

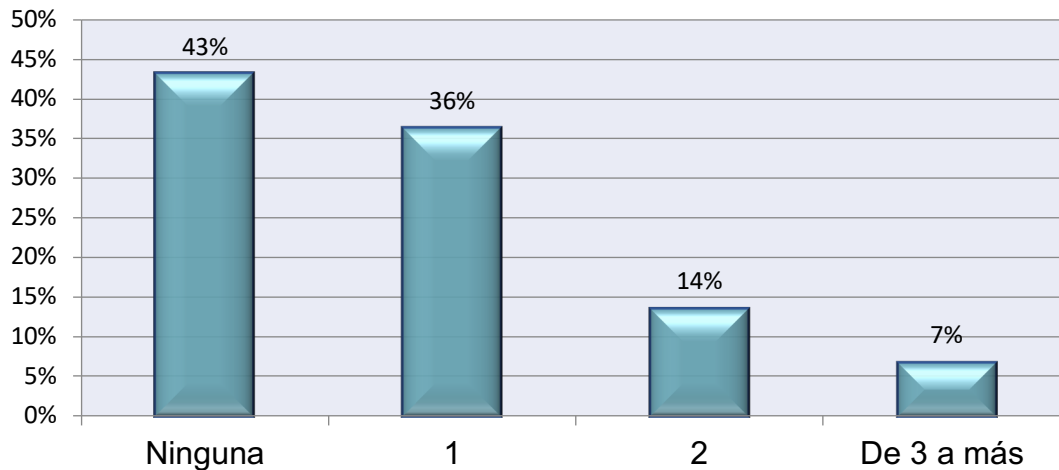
El gráfico muestra que el 34% de los profesionales tienen un tiempo en el servicio de crecimiento y desarrollo menor de 6 años; mientras que un 16% de profesionales tienen un tiempo de servicio de 13 a 19 años.

De los resultados se demuestra que la mayoría tienen un tiempo de servicio menor a los 6 años en el área de crecimiento y desarrollo, seguido por profesionales que tienen de 6 a 12 años en el servicio, tal sentido podría ser que los profesionales que laboran en el primer nivel atención varían constantemente de estrategia a estrategia siendo sometidos a cambio y rotación constante por los diferentes servicios que se encargan los enfermeros, por otro lado solo una pequeña parte se mantienen en el área de control del niño sano, desarrollando capacidades para la evaluación integral y de calidad al infante. En la coyuntura actual de la pandemia por el Covid-19 los licenciados en riesgo o mayores no están laborando y apoyan realizando trabajo remoto.



#### GRÁFICO N° 04

### CAPACITACIONES PREVIAS SOBRE DISPLASIA DE CADERA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

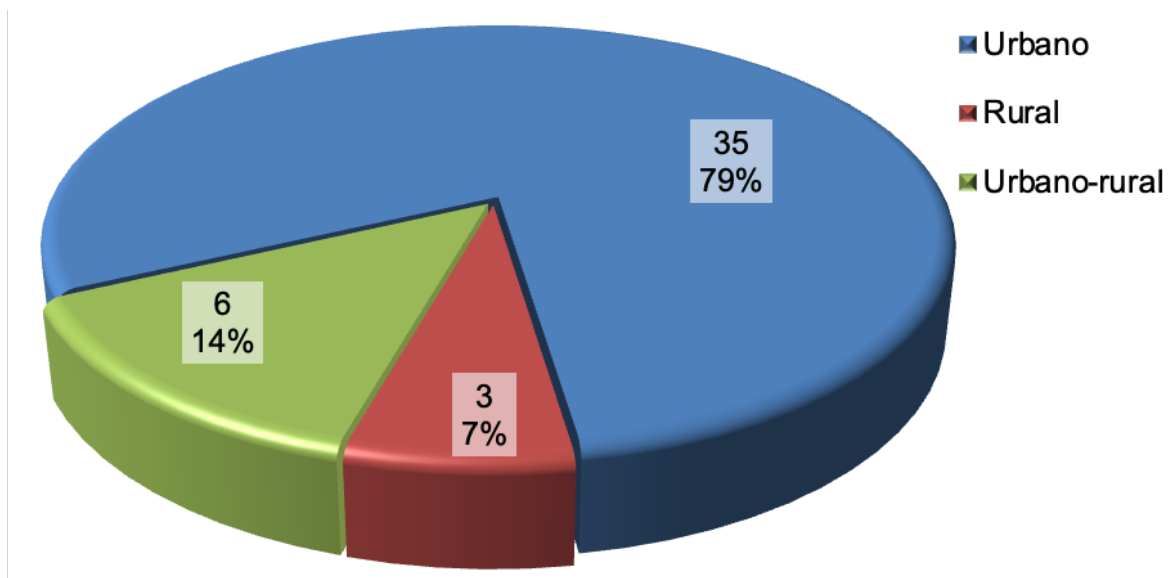
#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el presente gráfico se observa que el 43% de los profesionales de enfermería no recibieron ninguna capacitación referente al descarte de displasia de cadera, seguido del 36% que recibió por lo menos una capacitación referente al tema y un 7% que recibió de 3 a más capacitaciones sobre el tema.

Se concluye que la mayoría de los profesionales de enfermería no cuentan con ninguna capacitación referente a la identificación de displasia de cadera, tal situación podría deberse que en la Red Norte Cusco no programan las capacitaciones de manera específica y lo realizan de manera general como es el examen físico, por otro lado, es probable la sobre carga laboral influya en la auto capacitación de los profesionales de enfermería.

### GRÁFICO N° 05

#### LUGAR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

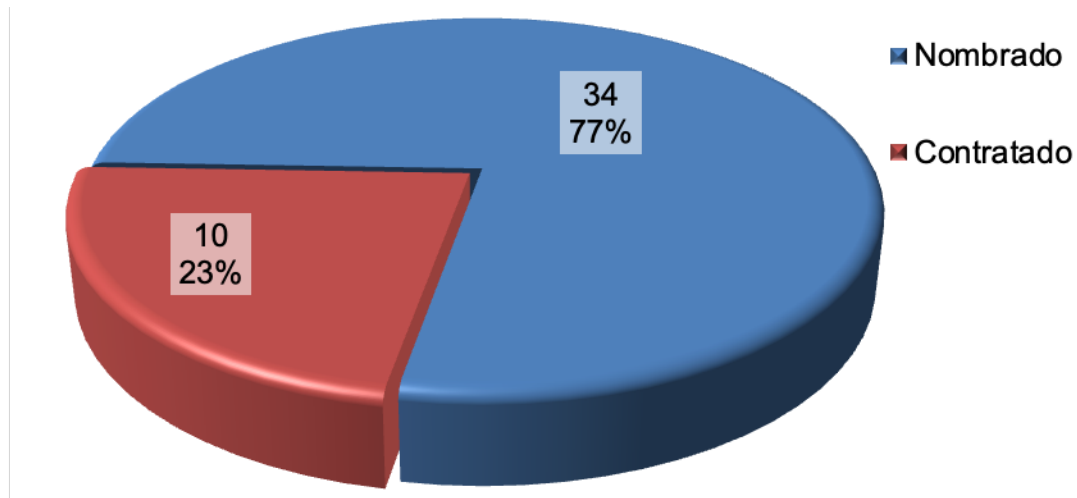
En el gráfico se aprecia que el 79% de los licenciados laboran en un establecimiento de salud urbano, y que 7% labora en un establecimiento de salud rural.

Lo hallado en los resultados indica que la mayoría de los centros de salud en los que laboran los profesionales de enfermería se encuentran ubicados en la zona rural, esto podría deberse a que los establecimientos de salud pertenecientes a la Micro Red Wanchaq y Micro Red Belempampa en su mayoría están ubicados en la zona céntrica del Cusco por la alta demanda de pacientes que se encuentran en la ciudad.



GRÁFICO N° 06

CONDICIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE  
LABORAN EN EL SERVICIO CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:**

El presente gráfico demuestra que el 77% de los profesionales de enfermería tienen una condición laboral de nombramiento y el 23% que son contratados.

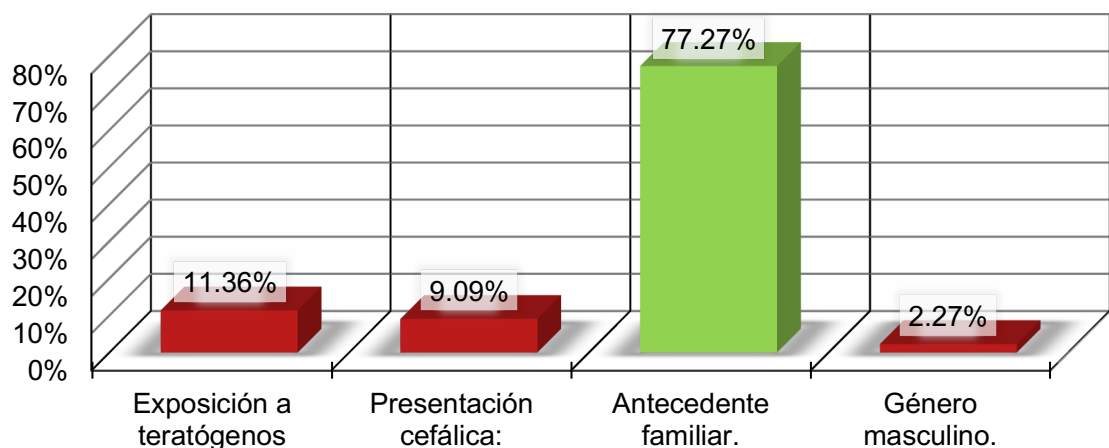
Lo hallado en los resultados indica que la mayoría de los profesionales de enfermería tiene una condición laboral de nombrado el cual pueda deberse a las distintas necesidades que se presenten en los distintos centros de atención, ya sea un nombramiento por el tiempo de servicio o tipo de contrato, por otro lado, un pequeño grupo. presenta otra condición de contrato laboral siendo muy probable que sirva como apoyo para satisfacer la gran demanda de usuarios que acuden a los diversos centros de salud de la Red Norte Cusco reflejado en la necesidad de servicios y centros de atención en la zona del Cusco.

## II. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA IDENTIFICACION DE DISPLASIA

### DIMENSIÓN: FACTORES DE RIESGO

GRÁFICO N° 07

#### CONOCIMIENTO SOBRE EL FACTOR DE RIESGO PARA LA DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el presente gráfico se observa que el 77.27% de los profesionales de enfermería conoce el factor de riesgo y que el 22.73% desconocen los factores.

Los resultados hallados en el estudio, coinciden con VASCONCELOS M., COLMENARES D. En el estudio “NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE CADERA EN EL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER CONTACTO EN ZONA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO, MEXICO 2015” se encontró cierto grado de similitud con un 64% de respuestas aprobatorias sobre factores de riesgo y 36% de respuestas erradas sobre factores de riesgo.

Se concluye que la mayoría de profesionales conocen los factores de riesgo sobre displasia de cadera, el otro porcentaje menor pueda deberse a que confunden o desconozcan los factores con términos homónimos influyendo similitudes como el

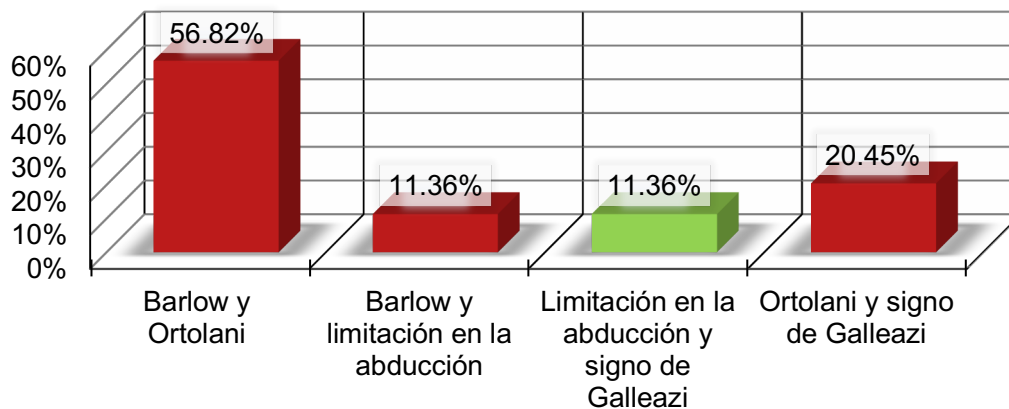


género o presentación del niño, también podría influir que no especifica la norma técnica de atención.

**DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE TÉCNICAS SEGÚN LA EDAD.**

**GRÁFICO N° 08**

**CONOCIMIENTO SOBRE MANIOBRAS A REALIZAR EN UN LACTANTE DE 4 MESES PARA EL DESCARTE DE DISPLASIA DE CADERA POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:**

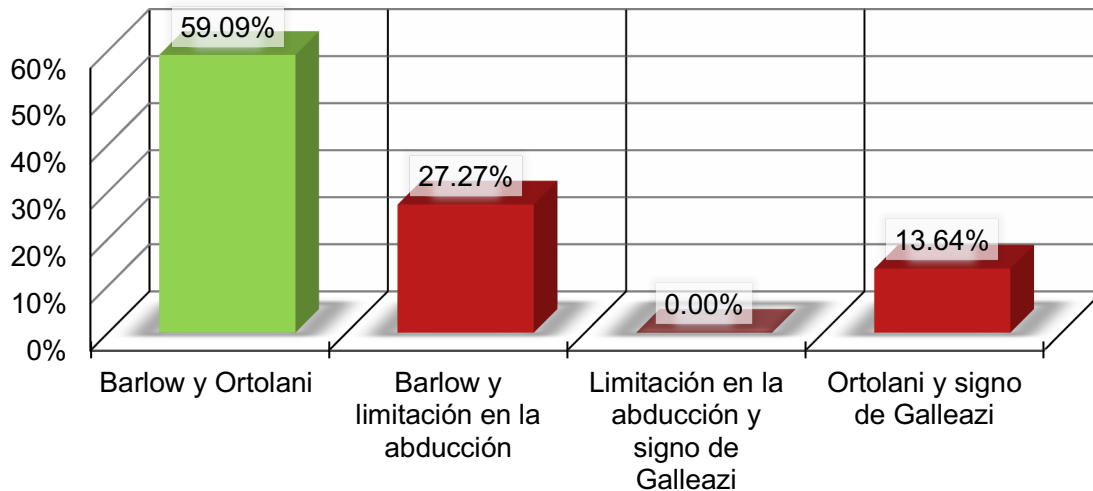
En el gráfico se observa que solo un 11.36% conoce las maniobras correctas a la hora de evaluar a un lactante de 4 meses, un 88.64% presenta una respuesta errónea.

Según el Taller de EXPLORACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR: CADERA Y RODILLA En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. Indica que el diagnóstico de DDC es fundamentalmente clínico, no radiológico ni ecográfico. Desde los 3 a los 12 meses: lactante. La exploración sigue siendo lo fundamental con las maniobras del signo de Galleazzi y limitación en la abducción.

De los resultados se infiere que la mayoría de profesionales desconocen las maniobras para realizar el descarte de displasia de cadera, esta situación podría deberse a que confunden las maniobras aplicando maniobras inadecuadas para su edad, segundo que en la norma no detallan de manera específica las maniobras y las edades a evaluar, lo que conlleva a que evalúen con las maniobras más conocidas utilizando las mismas maniobras en la mayoría de edades.

### GRÁFICO N° 09

#### CONOCIMIENTO SOBRE MANIOBRAS A REALIZAR EN UN NEONATO PARA EL DESCARTE DE DISPLASIA DE CADERA POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se puede ver que el 59.09% de los profesionales de enfermería respondieron correctamente y el 40.91% respondieron de manera incorrecta.

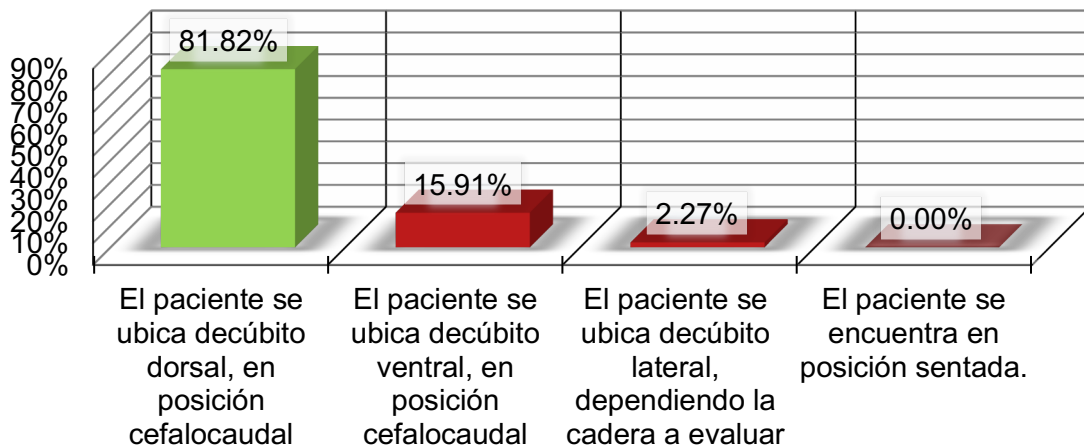
Según el Taller de EXPLORACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR: CADERA Y RODILLA En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. El diagnóstico de DDC desde el nacimiento hasta los 2 meses de edad: neonato. Indica Prueba Ortolani y prueba Barlow.

De los resultados obtenidos se menciona que los profesionales confunden las maniobras aplicables a un neonato tal situación puede deberse que no se tiene definido las edades y las maniobras aplicables para la evaluación de cadera, también podría asociarse a las pocas capacitaciones brindadas por la Red Norte Cusco y que por consiguiente no profundizan el tema de evaluación física por edades.

## DIMENSIÓN: POSICIÓN DEL NIÑO

### GRÁFICO N° 10

#### CONOCIMIENTO SOBRE LA POSICIÓN CORRECTA DEL NIÑO(A) PARA REALIZAR EL DESCARTE DE DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el presente gráfico se observa que el 81.82% de los profesionales conocen la posición correcta a la hora de evaluar al niño y el 18.18% respondió incorrectamente.

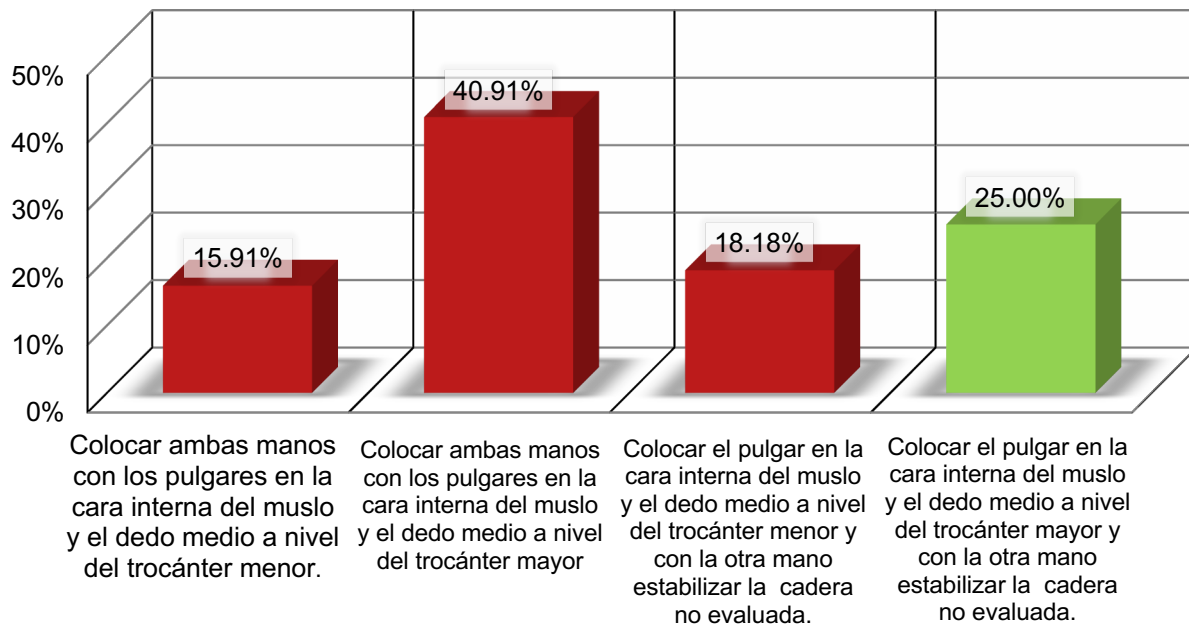
Según la NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS N°137 - MINSA/2017/DGIESP indica que la evaluación es acostado de espalda.

Se concluye que la mayoría de profesionales conoce la posición correcta del infante a la hora de evaluar una cadera y un reducido grupo desconocen la posición en la evaluación al infante, a lo que se podría asociar que confunden los términos con las posiciones a la hora de realizar la evaluación física. Cabe señalar que la terminología indicada en la norma y las capacitaciones que se brindan es de manera práctica y sencilla utilizando la terminología técnica en raras situaciones.

## DIMENSIÓN: APLICACIÓN DE MANIOBRA ORTOLANI

### GRÁFICO N° 11

#### CONOCIMIENTO SOBRE LA POSICIÓN DE LAS MANOS PARA REALIZAR LA MANIOBRA ORTOLANI EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico muestra que solo el 25% de los profesionales de enfermería conocen la posición de las manos y que el 75% desconocen dicha posición.

Según la NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS NTS N°137 - MINSAL/2017/DGIESP indica que con un mano estabilice la cadera y con la otra mano intente realizar la maniobra apoyando el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor.

En cuanto los resultados demuestran que solo una cuarta parte sabe colocar las manos a la hora de evaluar la cadera, la mayor cantidad de profesionales colocan las manos de manera incorrecta y evalúan ambas caderas tal situación puede deberse a que en las capacitaciones brindadas sobre el tema no detallan la

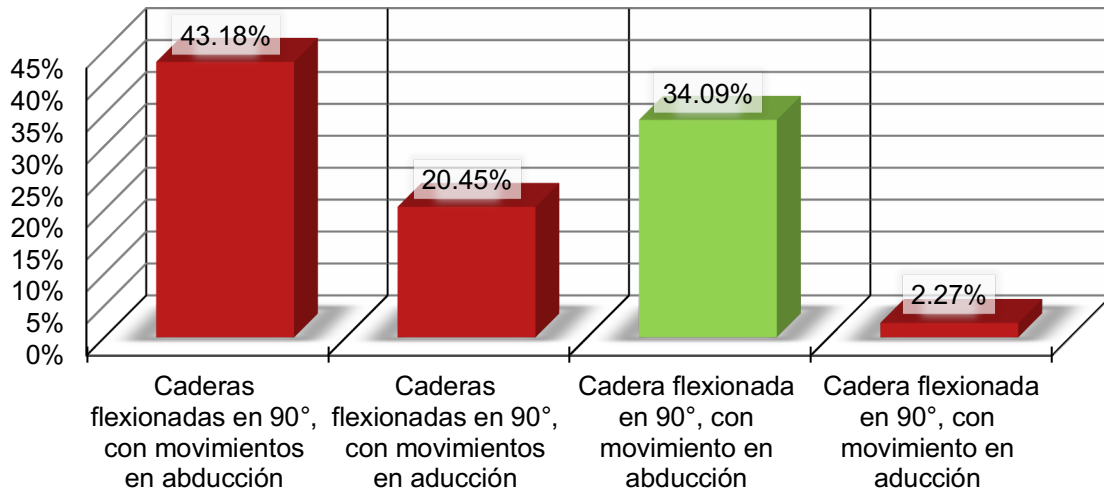


evaluación, repercutiendo en la atención brindada por los profesionales de enfermería a los infantes que acuden al control, realizando un error común en la evaluación alterando la maniobra.



### GRÁFICO N° 12

#### CONOCIMIENTO SOBRE LA FLEXIÓN DE CADERA Y DIRECCIÓN DEL MUSLO EN LA MANIOBRA ORTOLANI EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

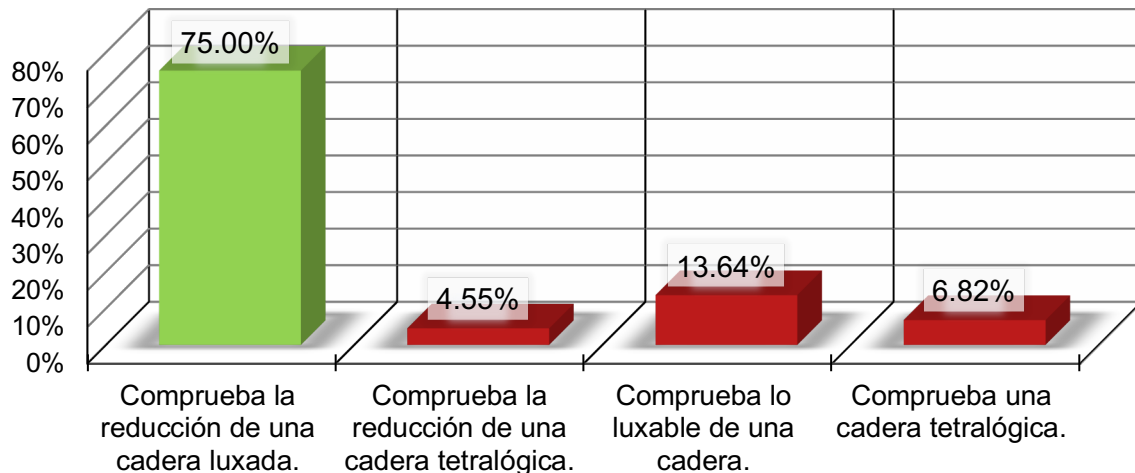
El presente gráfico muestra que el 34.09% conoce el movimiento de cadera y que el 65.91% realiza un movimiento incorrecto.

Según la NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS N°137 - MINSA/2017/DGIESP indica para dicha maniobra la cadera flexionada en ángulo recto, al abducir (alejarse de la línea media) se siente un “clic” de entrada de la cabeza del fémur en el acetábulo.

De los resultados se concluye que más de la mitad de los profesionales de enfermería desconocen la flexión y dirección de la cadera tal situación podría deberse primero a que evalúan ambas caderas mencionado en un gráfico anterior y segundo que confunden la terminología de abducción y aducción ya existe similitud en el sonido y pronunciación entre las palabras y por último se podría asociar que en las capacitaciones de la Red Norte Cusco o que en la socialización de la capacitación no enfatizan los términos y movimientos de la maniobra.

### GRÁFICO N° 13

#### CONOCIMIENTO SOBRE EL RESULTADO DE LA MANIOBRA ORTOLANI EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el presente gráfico se observa que el 75% de los profesionales conoce y que el 25% desconoce el resultado de la maniobra Ortolani.

Según el Taller de EXPLORACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR: CADERA Y RODILLA En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. Indica que la prueba de Ortolani es la reducción de una cadera luxada.

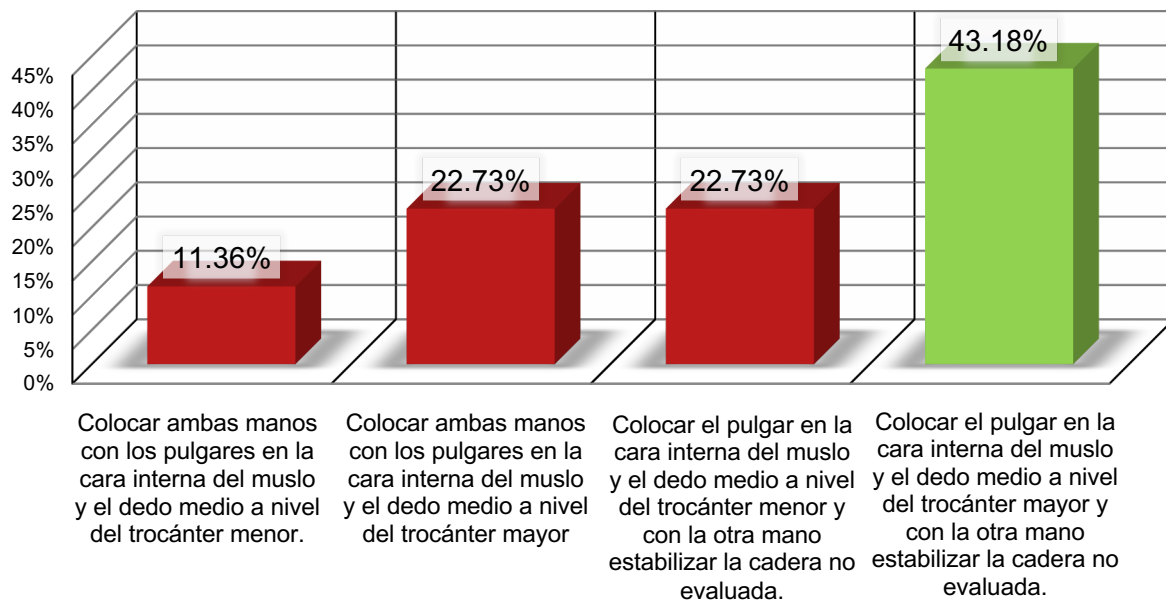
Según la revista del hospital de MEXICO, LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA indica la reducción de una cadera luxada. Si una cadera esta dislocada al ir alcanzando la abducción completa se notara como la cabeza del femoral salta sobre el reborde posterior del acetábulo.

De los resultados se infiere que la mayoría de profesionales conoce que la maniobra Ortolani reacomoda una cadera luxada lo que significaría que tienen conocimiento teórico de la evaluación, por otro lado, una minoría desconoce o confunde el fin de la maniobra lo que se asociaría a vacíos sobre el tema influyendo la falta de capacitaciones brindadas sobre el tema.

## DIMENSIÓN: APLICACIÓN DE LA MANIOBRA BARLOW

### GRÁFICO N° 14

#### CONOCIMIENTO SOBRE LA POSICIÓN DE LAS MANOS PARA REALIZAR LA MANIOBRA BARLOW EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

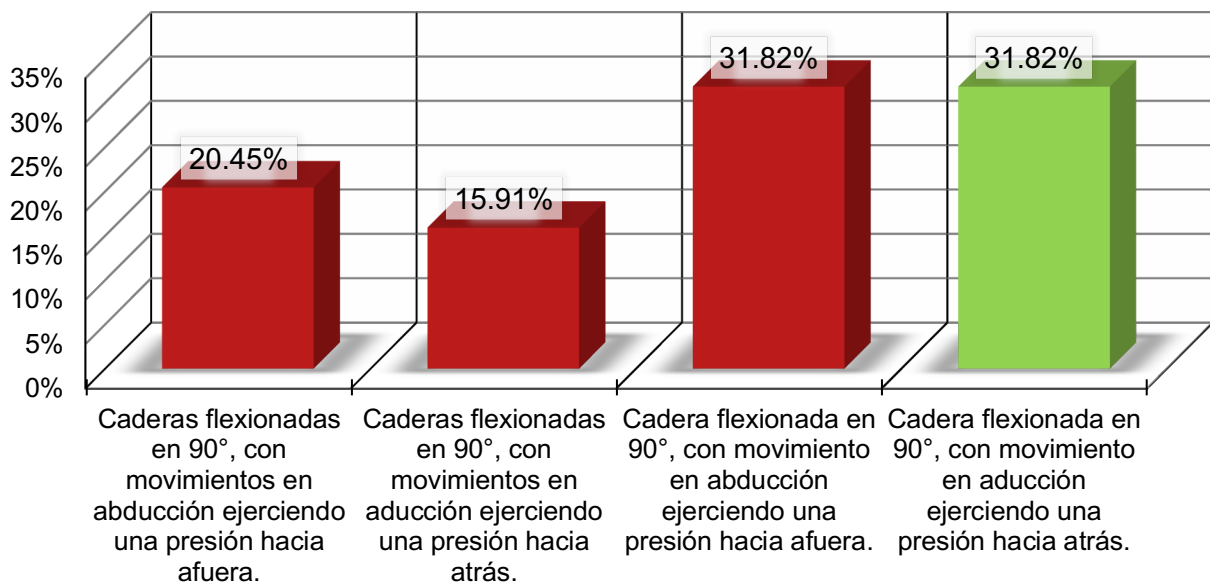
En el presente gráfico se observa que el 43.18% de los profesionales conocen la posición de las manos y que el 56.82% de los profesionales desconocen.

Según la NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS NTS N°137 - MINSA/2017/DGIESP indica para ejecutar la maniobra Barlow, el evaluador sujete con una mano una cadera y que con la otra mano intente la maniobra por consiguiente que se apoye el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor.

En cuanto a los resultados se infiere que más de la mitad de profesionales desconocen o confunde teóricamente la colocación de las manos tal situación podría deberse a que confunde la evaluación, evaluando ambas caderas o confundiendo con otra maniobra ya que al evaluar una cadera se tienen que aplicar varias maniobras para realizar el descarte correcto de displasia de cadera.

### GRÁFICO N° 15

#### CONOCIMIENTO SOBRE LA FLEXIÓN DE CADERA Y DIRECCIÓN DEL MUSLO EN LA MANIOBRA BARLOW EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

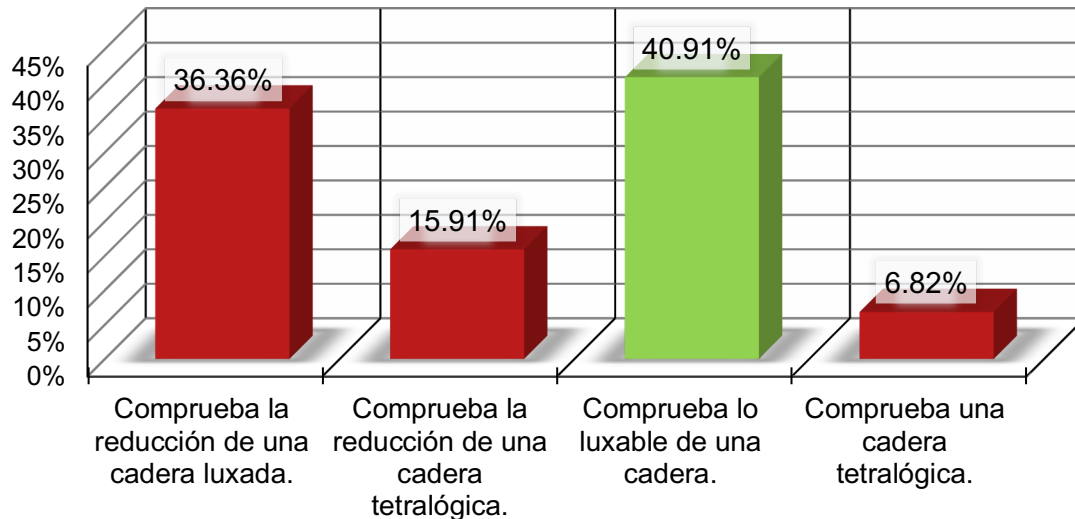
En el gráfico se observa que el 31.82% de profesionales de enfermería conocen la flexión y dirección de la cadera y que el 68.18% desconocen su ejecución.

Según la revista del hospital de Juárez de México: Luxación congénita de cadera indica que la maniobra Barlow se llevar a cabo con la flexión de la cadera a 90° en discreta aducción. Se realiza una presión suave hacia atrás y afuera del fémur

De los resultados se infiere que gran cantidad de profesionales desconoce la flexión y dirección de la maniobra Barlow tal situación podría deberse a que al confundir la colocación de manos realizan una evaluación de ambas caderas a la vez o que confunde el nombre de la técnica con otra realizando una evaluación incorrecta influyendo en el desempeño y calidad de la atención brindada por los profesionales de enfermería del servicio de CRED.

### GRÁFICO N° 16

#### CONOCIMIENTO SOBRE EL RESULTADO LA MANIOBRA DE BARLOW EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

El presente gráfico muestra que el 40.91% de los profesionales conocen y que el 59.09% desconocen el fin de la maniobra Barlow.

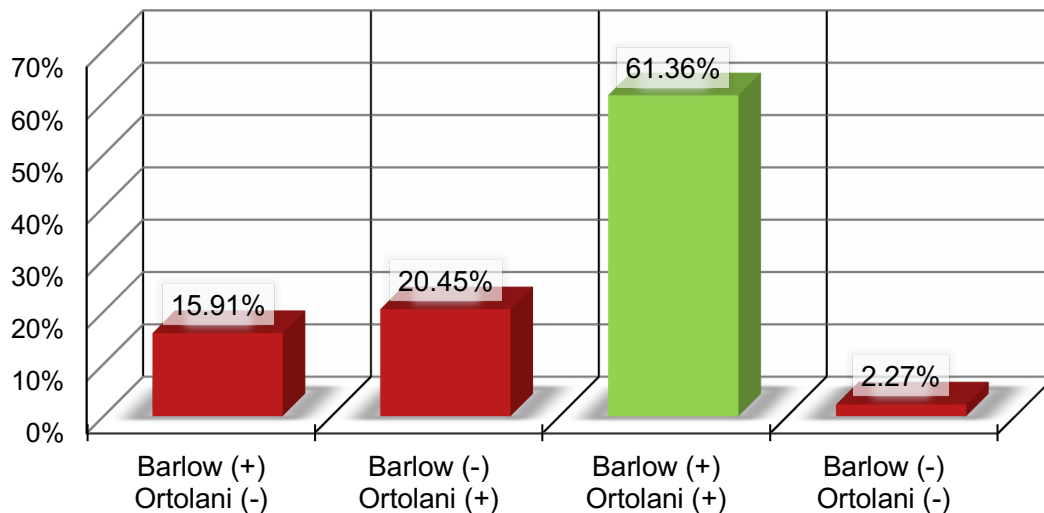
Según la Revista Mexicana de Pediatría, Desarrollo displásico de cadera indica, Maniobra de Barlow: Comprueba lo luxable de una cadera.

Del presente gráfico hallado se observa que menos de la mitad de profesionales conoce el resultado de la maniobra Barlow por otro lado más de la mitad de los profesionales de enfermería confunde el fin de la maniobra lo que podría deberse a que confunde con otras maniobras como Ortolani u otras, también podría asociarse a que en la norma técnica no indica de manera específica y que lo menciona de manera general y por consiguiente en las capacitaciones no profundizan las maniobras afectando la atención integral del niño.

**DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DEL SONIDO “CLIC”**

**GRÁFICO N° 17**

**CONOCIMIENTO SOBRE LA PRESENCIA DEL SONIDO “CLIC” EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:**

En el presente gráfico muestra que el 61.36% de los profesionales respondieron de manera correcta y que el 38.64% respondieron de manera incorrecta.

Según la revista del hospital de Juárez de México: Luxación congénita de cadera indica que la maniobra Ortolani es positiva, cuando se va alcanzando la abducción se notará que la cabeza del fémur salta sobre el reborde sintiendo el “clic” de salida, por consiguiente para la maniobra Barlow a partir de unos 20° en aducción se nota que la cabeza del fémur se luxa sintiendo el “clic” de salida obteniendo una maniobra positiva.

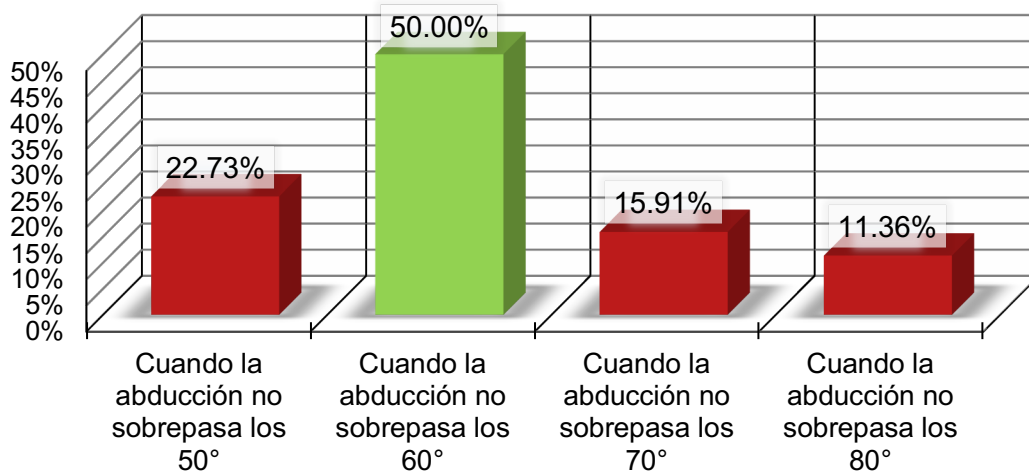
Se concluye que existe un porcentaje considerable siendo más de la mitad de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de CRED saben identificar y esperar el sonido del “clic” siendo el signo clínico más importante para realizar el descarte de displasia de cadera, alrededor de un poco más de un tercio de los profesionales desconoce o confunden la evaluación del sonido tal situación podría deberse que se tiene la idea de que en una de las maniobras está presente el



sonido del “clic”, tomando en consideración la cantidad de capacitaciones que se tiene al personal se podría asociar a que no practican las maniobras para el descarte o que lo realizan solo de manera teórica y superficial. DIMENSIÓN: LIMITACIÓN EN LA ABDUCCIÓN

### GRÁFICO N° 18

#### CONOCIMIENTO SOBRE PRESENCIA DE LIMITACIÓN EN LA ABDUCCIÓN EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que el 50% de los licenciados en enfermería conoce la limitación en la abducción, por otro lado el otro 50% desconoce la evaluación.

Según la NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS NTS N°137 - MINSA/2017/DGIESP hace referencia a la imitación de la abducción, cuando al abrir la pierna como un libro no sobrepasa los 60°.

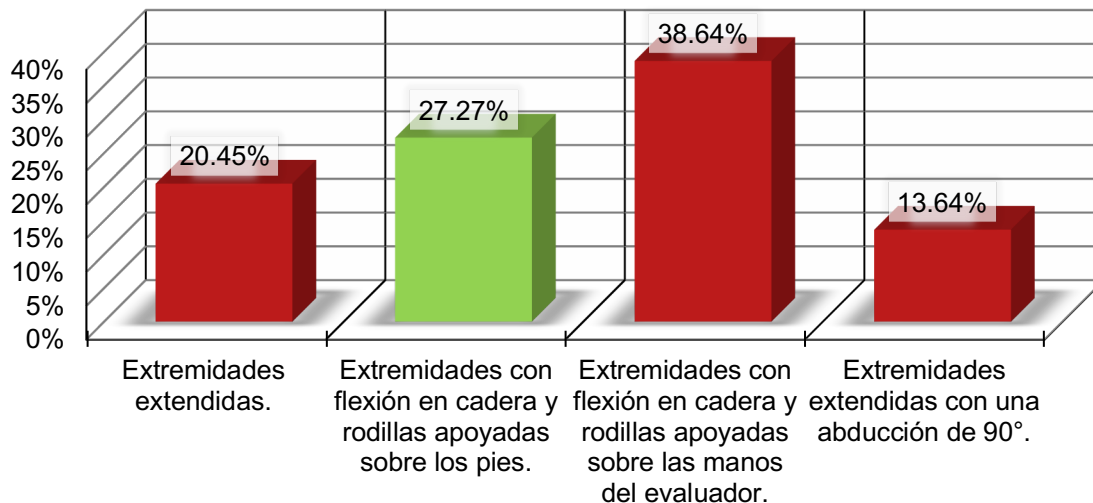
Se concluye que la mitad de los profesiones conoce el signo más importante y fidedigno para identificar una displasia de cadera sea la condición que presente dentro de la enfermedad, la otra mitad confunde o desconoce los grados de evaluación estipulados por la norma técnica esto podría ser que los grados de flexión de cadera varían de niño en niño pero el limite a evaluar son los 60° a evaluar en la abducción de ambas caderas también se puede asociar a la falta de socialización de profesionales sobre los temas más importantes a la hora de evaluar una cadera al no enfatizar los temas más importantes.



**DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE LA MANIOBRA GALEAZZI.**

**GRÁFICO N° 19**

**CONOCIMIENTO SOBRE LA POSICIÓN DE LAS EXTREMIDADES A LA HORA DE EVALUAR EL SIGNO DE GALLEAZZI EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:**

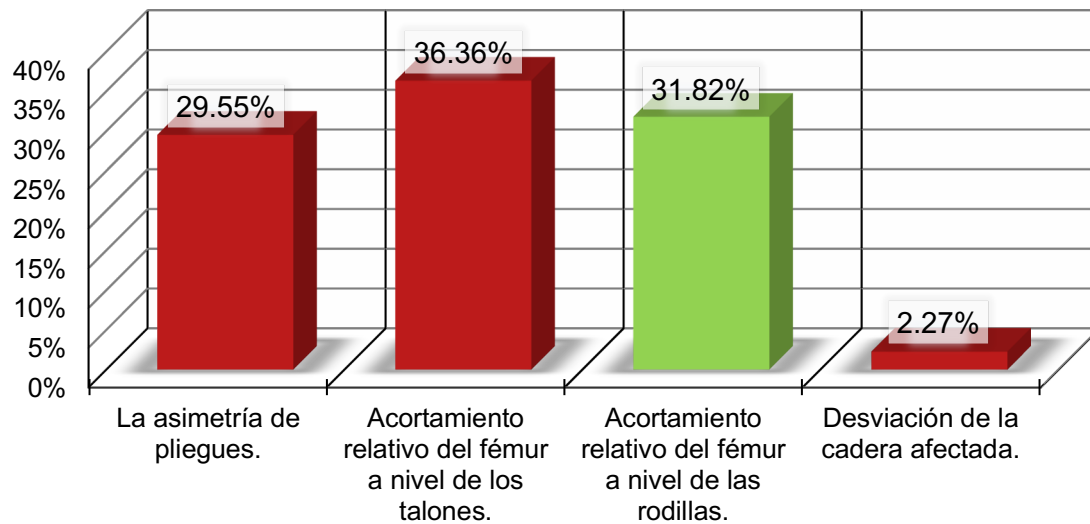
En el siguiente gráfico se observa que el 27% de los profesionales conocen la posición de las extremidades para evaluar el signo de Galleazzi y que el 72.73% desconocen la posición correcta.

Según la Revista Mexicana de Pediatría, Desarrollo displásico de cadera indica, que se junten los pies del niño colocado en una posición decúbito supino sobre la mesa de exploración, con las caderas y rodillas flexionadas.

Del presente gráfico se deduce que la mayoría de los profesionales desconocen o confunden la posición correcta a hora de efectuar la maniobra de Galleazzi, este resultado puede deberse a que la evaluación del signo no lo realizan muy a menudo en la atención que brindan y es reflejado en uno de los anteriores gráficos en el cual se evidencia que no existe tendencia a realizar las maniobras, por otro lado también se puede asociar a la falta de capacitaciones sobre el tema dejando de lado una de las maniobras más básicas e importantes dentro del examen físico del niño.

### GRÁFICO N° 20

#### CONOCIMIENTO SOBRE LA EVALUACIÓN DEL SIGNO DE GALEAZZI EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

El gráfico muestra que el 31.82% de los profesionales de enfermería conocen la evaluación del signo de Galeazzi y el 68.18% respondió incorrectamente.

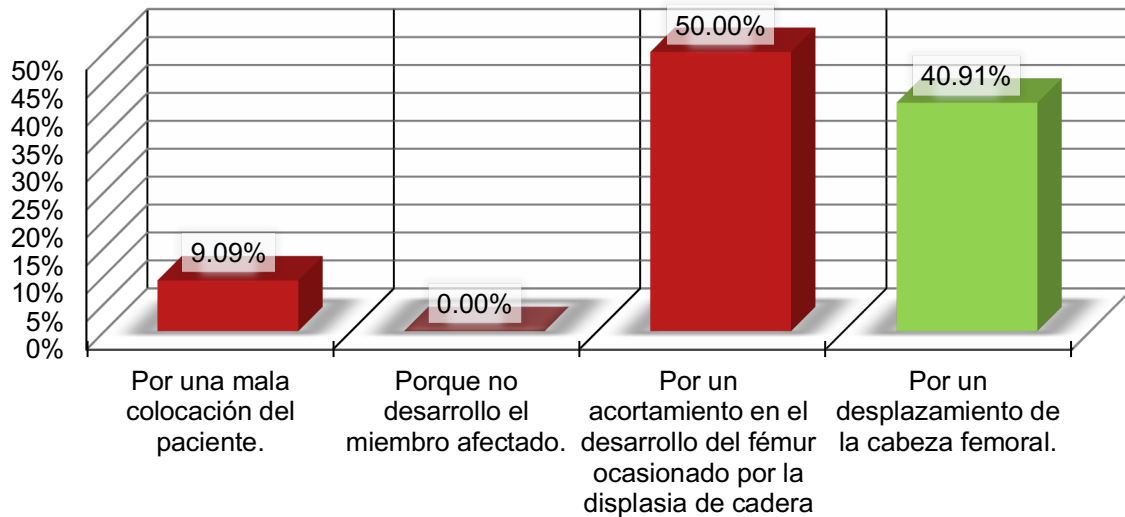
Según la Revista Mexicana de Pediatría, Desarrollo displásico de cadera indica que es un acortamiento aparente de una extremidad con desigualdad del nivel de rodillas.

A los resultados se atribuye que alrededor de la tercera parte de profesionales realiza una correcta evaluación evaluando la altura de las rodillas de los infantes, el primer porcentaje con la mayor cantidad de respuestas confunde el área de evaluación tomando importancia a los talones; la otra parte desconoce toda la técnica y confunde la maniobra lo cual influye en la atención al paciente que acude al servicio de CRED tal situación podría deberse a que en la norma técnica existe un vacío mencionándolo de manera simple, la falta de capacitaciones, auto capacitaciones dejan de lado algunas técnicas y el conocimiento a la hora de evaluar.



GRÁFICO N° 21

**CONOCIMIENTO SOBRE LA CAUSA DE LA DESIGUALDAD EN LA LÍNEA DE ROSE NELATON EN PROFESIONALES ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:**

Se puede observar en el seguimiento gráfico que el 40.91% respondió de manera correcta y el 59.09% de profesionales desconoce la causa.

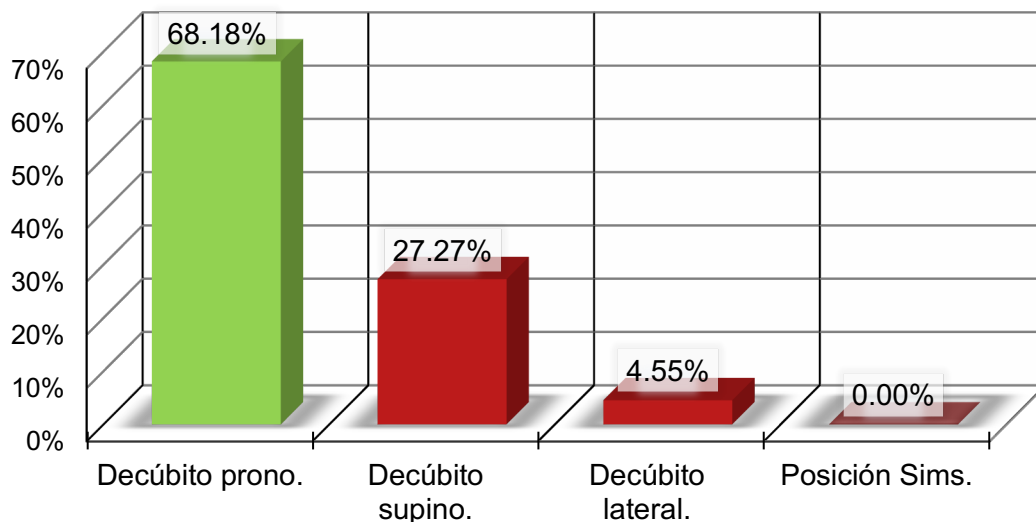
Según la Revista Mexicana de Pediatría, Desarrollo displásico de cadera indica que en signo de Galleazzi, la línea de Rose Nelaton se encuentre desigual por un desplazamiento proximal de la cabeza femoral.

En cuanto a los resultados, se observa que la mayoría de los profesionales confunden la causa, esto podría deberse a que asocian la displasia de cadera con problemas en el desarrollo del miembro afectado suponiendo que no se desarrolló de la manera correcta esto podría estar asociado con la falta conocimientos sobre dicha maniobra indicado en la norma técnica de manera mencionada junto a otras maniobras lo que indica que en las capacitaciones no profundizan dichas maniobras para su ejecución en la hora de la evaluación física, también podría deberse a que confunden el problema relacionándolo con la displasia de cadera de manera general desconociendo la causa del problema específico.

**DIMENSIÓN: EVALUACIÓN MUSCULAR Y PLIEGUES.**

**GRÁFICO N° 22**

**CONOCIMIENTO SOBRE LA POSICIÓN DEL INFANTE PARA LA  
EVALUACIÓN DE LOS PLIEGUES GLÚTEOS EN PROFESIONALES DE  
ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED  
NORTE, CUSCO 2021.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:**

En el gráfico referente a la posición del infante para evaluar los pliegues el 68.18% conoce la posición correcta y que 31.82% desconoce la posición.

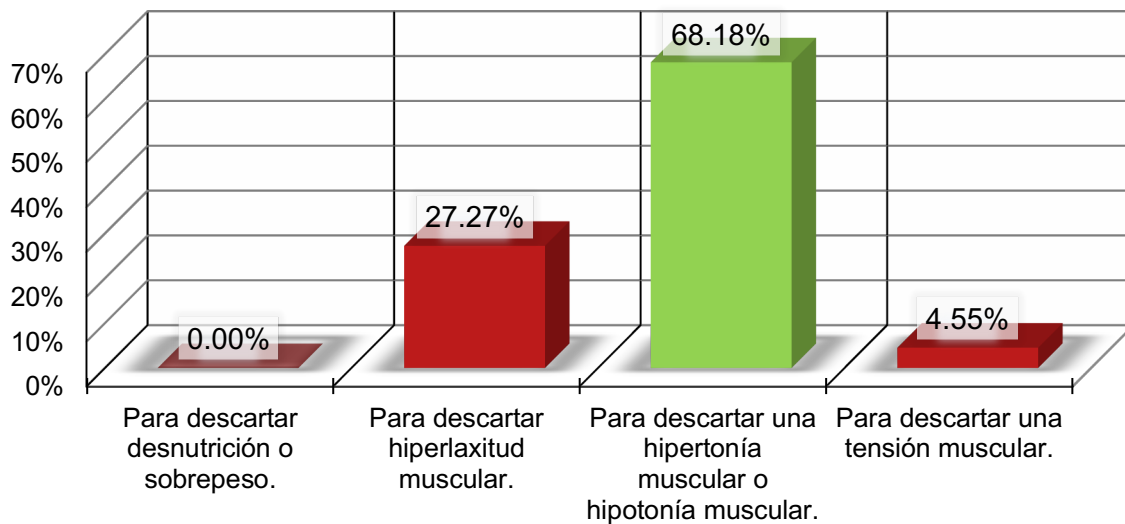
Según la Revista Mexicana de Pediatría, Desarrollo displásico de cadera indica que la posición para evaluar los pliegues glúteos es decúbito prono.

Los resultados evidencian que la mayoría conoce la posición para evaluar los pliegues del glúteo, los licenciados que tuvieron la tendencia a responder decúbito supino puede deberse a que confunden los términos supino y prono siendo todo lo contrario y que en la norma técnica solo indica la posición decúbito supino para evaluar los pliegues, lo cual pueda ser que confunda a la respuesta ya que sería imposible evaluar los pliegues de glúteo decúbito supino; la otra respuesta con un mínimo no guarda relación y se manifiesta que desconocen como evaluar los pliegues afectando la atención o control CRED .



GRÁFICO N° 23

**CONOCIMIENTO SOBRE LA EVALUACIÓN DEL TONO MUSCULAR, EN LA DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:**

En el gráfico se observa que el 68.18% conoce la evaluación del tono muscular y el 31.82% de los licenciados desconocen la importancia del tono muscular.

segun Dr. Yampufé M. hace referencia en el “Manual Práctico de Manejo Fisioterapéutico del Paciente con Enfermedad Luxante”, que al no tener un tejido conjuntivo, fascial y muscular tensionado (Hipotonía Muscular), no permite una buena coaptación, no hay aproximación entre las superficies articulares, quedando a expensas de desviaciones de ejes y luxaciones que van a afectar el esquema corporal, por falta de una correcta secuencia de información propioceptiva.

Según Diana Martínez de la Clínica VASS en Salud Infantil, refiere que el hecho de que el músculo esté en continua contracción (Hipertonía Muscular) hace que pierda con el tiempo su elasticidad, terminando en contracturas si no se tratan, esto lleva a la presencia de malas alineaciones óseas que pueden conducir a deformidades esqueléticas.

Se infiere que más de la mitad de los profesionales de enfermería conoce la importancia de evaluar el tono muscular, esta pregunta en particular no se

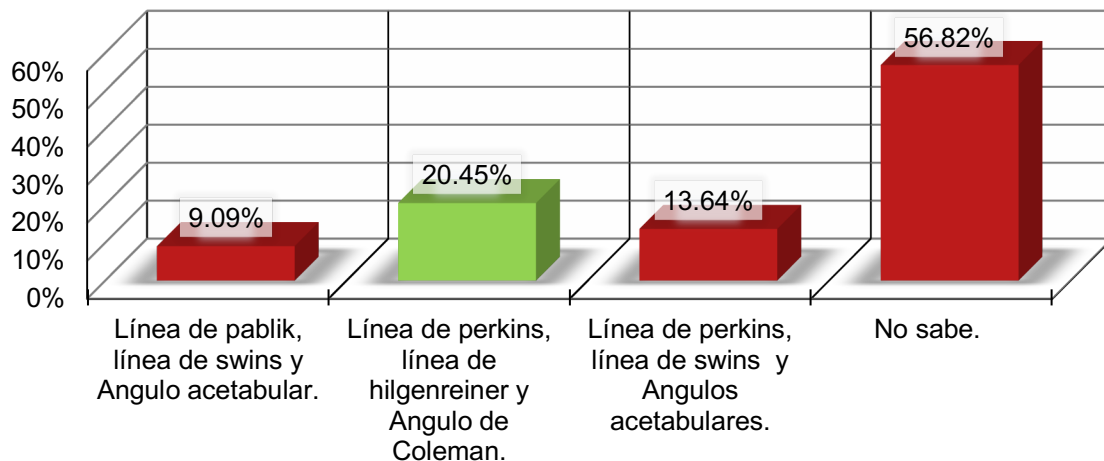


encuentra estipulada en la norma técnica, lo que significa que no es necesario que todo los conocimientos referidos se encuentren basados en norma, algo positivo es que le tomen importancia al tono muscular, algo muy importante como lo demuestra la base teórica, se podría inferir que si conocen la hipotonía muscular e hipertonía muscular y a este se complemente con los demás signos de evaluación por otro lado existe un menor grupo de profesionales de enfermería que desconocen o confunden la evaluación del tono muscular relacionado a la displasia de cadera tal situación podría deberse a que consideran otros factores que influyen o predisponen la displasia de cadera relacionando a las capacitaciones que pueda deberse a que no complementan la información con casos clínicos considerando la evaluación física integral del niño.

**DIMENSIÓN: CONOCIMIENTO DE LÍNEAS EN LA PLACA DE RX.**

**GRÁFICO N° 24**

**CONOCIMIENTO SOBRE LAS LÍNEAS DE EVALUACIÓN EN UNA PLACA DE RX EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:**

En el gráfico se observa que solo el 20.45% de los profesionales de enfermería conoce las líneas en las placas de RX y que el 79.55% desconoce las líneas.

Según la Revista Mexicana de Pediatría, Desarrollo displásico de cadera indica para la lectura de placa de RX de cadera considera las siguientes líneas: Línea de Hilgenreiner, que une a los cartílagos trirradiados; Línea de Perkins: línea que pasa por el borde más lateral del acetábulo, y el Índice acetabular o Angulo de Coleman que es el ángulo formado por las dos líneas anteriores.

Del gráfico hallado se ve que existe un porcentaje muy alto que desconoce la evaluación de las líneas en una placa de RX, al igual que hay un pequeño grupo de licenciados que si conocen las líneas a tomar en cuenta en la lectura de la placa de RX, tal motivo se deba a que no se encuentra estipulado en la norma técnica y refleja que existen muchos vacíos importantes para detectar una displasia de cadera pues también se ve reflejo que las capacitaciones no bastan con tan solo



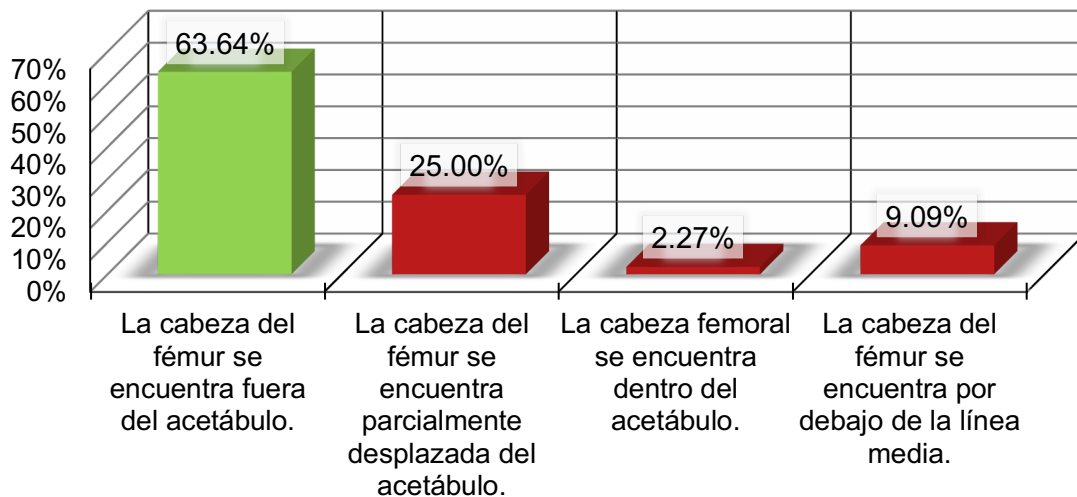
mencionar lo básico y que al momento de socializar no complementan la información recibida.



**DIMENSIÓN: CLASIFICACIÓN DE DISPLASIA DE CADERA.**

**GRÁFICO N° 25**

**CONOCIMIENTO SOBRE CLASIFICACIÓN DE UNA CADERA LUXADA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:**

El presente gráfico nos muestra que el 63.64% de profesionales marcaron la respuesta correcta y que el 36.36% marco una respuesta incorrecta.

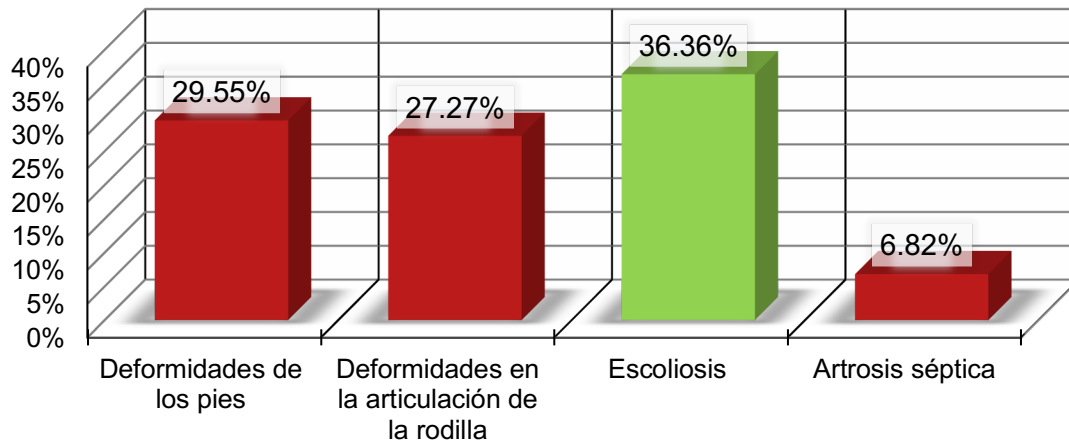
Según la Revista Mexicana de Pediatría, Desarrollo displásico de cadera indica que una Cadera luxada, es cuando la cabeza del fémur se encuentra completamente desplazada fuera del acetábulo.

De los resultados se atribuye que una buena parte de los licenciados clasifica de manera correcta una cadera luxada, en la norma técnica no se determina la clasificación de displasia de cadera, pero al interpretar su indicación en la maniobra Ortolani hace referencia a lo siguiente "...se siente un clic de entra de la cabeza del fémur en el acetábulo." Interpretando que la cabeza del fémur se encuentra fuera del acetábulo indicando la luxación de cadera; por otro lado un porcentaje que menor desconoce o confunde una cadera luxada a una subluxada o una displasia de cadera, tal situación podría estar asociada a que los conocimientos no se complementan con casos clínicos que permitan al profesional interpretar distintas situaciones.

**DIMENSIÓN: CONSECUENCIAS DE LA DISPLASIA DE CADERA.**

**GRÁFICO N° 26**

**CONOCIMIENTO SOBRE LA CONSECUENCIA DE UNA DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.**



**Fuente:** En Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:**

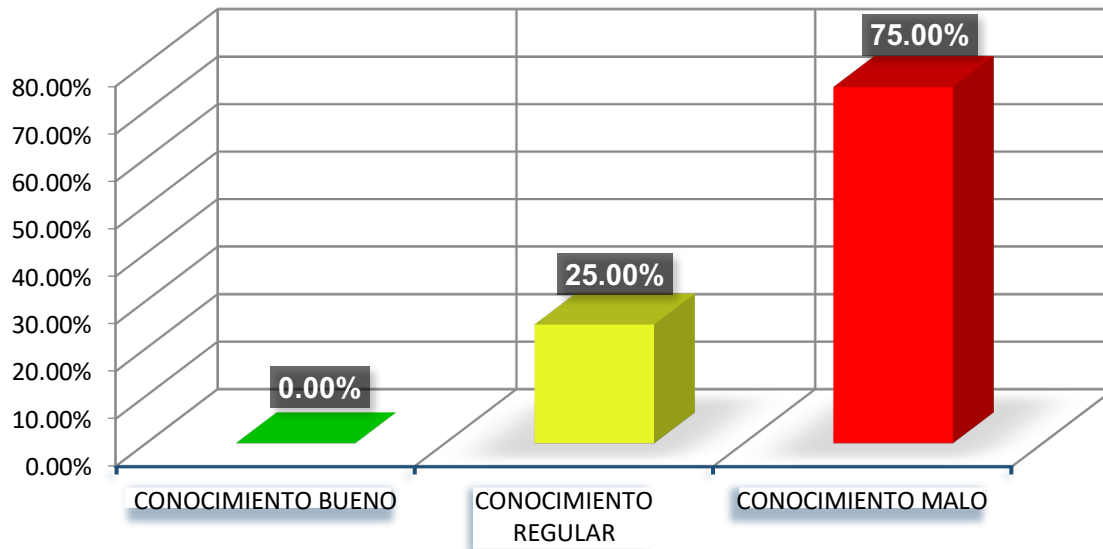
Se aprecia en el gráfico que el 36.36% de los profesionales de enfermería conoce la consecuencia de una displasia de cadera marcando una respuesta correcta y que el 63.64% marcó una respuesta incorrecta.

Según el artículo del Acta Ortopédica Mexicana del Diagnóstico Oportuno de la Displasia de Cadera. Enfermedad Discapacitante de por Vida. Consenso Del Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología indica que dentro de las principales secuelas de la displasia en el desarrollo de la cadera son el acortamiento de la extremidad, la claudicación, indica la escoliosis entre otras.

Se concluye que alrededor de un tercio de la población muestral conoce la consecuencia de una displasia de cadera, el otro porcentaje tiene un idea errónea o confunde las complicaciones lo que probablemente se deba a que no se toma en consideración la importancia de realizar un correcto descarte de dicha enfermedad considerando las capacitaciones brindadas o auto capacitaciones por parte del personal se enfoquen en otros puntos dejando de lado las consecuencias a futuro, también podría influir que no especifica la norma pero si a tener en cuenta que gran parte depende del personal que desee aprender más.

### GRÁFICO N° 27

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DISPLASIA DE CADERA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CRED EN LA RED NORTE, CUSCO 2021.



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el investigador – 2021.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el presente gráfico se observa que el 25% de los profesionales de enfermería tienen un conocimiento regular, mientras que el 75% de los profesionales en enfermería tienen un conocimiento malo.

De los resultados hallados en el estudio no se asemejan con VASCONCELOS M., COLMENARES D. En su estudio “NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE CADERA EN EL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER CONTACTO EN ZONA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO, MEXICO 2015”. Halló que sólo el 32% del personal evaluado tienen una calificación aprobatoria.

De los resultados hallados no coinciden con MONTES L. y otros En el estudio “DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA: CONOCIMIENTOS EN MÉDICOS PEDIATRAS DE LA CIUDAD DE TIJUANA, MÉXICO 2009.” Ya que obtuvo que sólo 17 (22%) obtuvieron calificación aprobatoria.



Según el informe de experiencia laboral de CARHUAZ J. titulado “INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA REFERIR Y DESCARTAR OPORTUNAMENTE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI, JUNIN 2015-2016”. hace referencia a los Licenciados en Enfermería que realizan un examen físico de calidad logrando identificar factores de riesgo que podría tratarse de un caso probable de Desarrollo de Displasia de Cadera manifiesta que para realizar las maniobras de Ortolani y Barlow les falta un poco más de experiencia.

Del presente gráfico se infiere que la mayoría de profesionales de enfermería tiene un conocimiento malo tal situación podría estar relaciona a que la Red Norte Cusco, el Ministerio de salud o jefaturas de Micro Redes no enfatizan en las capacitaciones brindando temas específicos, realizando de manera general y superficial temas tan importantes, también pueda deberse a la falta de compromiso a la hora de realizar el examen físico, lo que estaría siendo una dificultad a la hora de evaluar a los infantes, también influiría la falta de capacitaciones o auto capacitaciones del personal, la falta de socialización de las capacitaciones o a los vacíos de la norma técnica. Para realizar una evaluación integral de cadera es necesario manejar una buena base de conocimiento para un futuro ponerlo en práctica, la actualización de términos, la correcta aplicación de maniobras y el análisis de factores de riesgo son acciones que ayudan a identificar problemas de caderas en infantes, cabe señalar que un reducido grupo de profesionales mantiene un conocimiento regular lo que significaría que tendrían más posibilidades de brindar una evaluación correcta y que ningún licenciado presenta un nivel de conocimiento bueno sobre la identificación de displasia de cadera demostrando un déficit de conocimiento sobre el tema.



## CONCLUSIONES

1. Respecto a las características generales de los profesionales de enfermería el 50% son mayores de 46 años, 98% son de sexo femenino, 34% tiene un tiempo de servicio CRED menor a 6 años, 43% no tiene capacitaciones sobre displasia de cadera, 79% labora en el área urbana y 77% son nombrados.
2. En cuanto a los conocimientos sobre displasia de cadera, el 77% conoce los factores de riesgo, 88% desconoce las maniobras a realizar a un lactante de 4 para el descarte de displasia de cadera, 59% conoce las maniobras para realizar el descarte de displasia de cadera en neonatos, el 81% conoce la posición para realizar el descarte de displasia de cadera, para la maniobra Ortolani 75% desconoce la posición de las manos, 66% desconoce la flexión de cadera y dirección de la articulación, 75% conoce el resultado, para la maniobra Barlow el 57% desconoce la posición de las manos, 68% desconoce la flexión de cadera y dirección de la articulación, 59% desconoce el resultado, el 61% conoce la evaluación del sonido del “clic”, 50% conoce el ángulo de limitación en la abducción, para el signo Galleazzi el 72% desconoce la posición de las extremidades inferiores para evaluar el signo, 68% desconoce la evaluación, 59% desconoce la asimetría de la línea de Rose Nealtone, 68% conoce la posición del infante para la evaluación de los pliegues glúteos, 68% conoce la evaluación del tono muscular en la displasia de cadera, 79% desconoce las líneas a evaluar en la placa de RX de cadera, el 64% reconoce una cadera luxada y para finalizar el 64% desconoce la consecuencia de la displasia de cadera.
3. Sobre el nivel de conocimientos en los licenciados de enfermería el 25% presenta un conocimiento regular mientras que el 75% presenta un conocimiento malo.



## SUGERENCIAS

### 1. AL ÁREA DE CAPACITACIÓN DE LA RED CUSCO NORTE

- ☞ Promover las capacitaciones virtuales sobre temas específicos de evaluación del niño, priorizando el descarte de displasia de cadera.
- ☞ Fortalecer las capacitaciones de manera constante, permanente y específica, involucrando a todo el personal profesional de los distintos centros de atención, así mismo promover la socialización de las capacitaciones.
- ☞ Brindar capacitaciones virtuales sobre displasia de cadera a todo el personal que laboran en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño.

### 2. A LA MICRO RED BELEMPAMPA Y MICRO RED WANCHAQ

- ☞ Fomentar capacitaciones de carácter teórico práctico, mejorando técnicas en la evaluación.
- ☞ Brindar capacitaciones periódicas para todo el personal que realiza la evaluación del niño.

### 3. A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA RED NORTE – CUSCO

- ☞ Participar en las capacitaciones ofrecidas por la Red Norte Cusco y socializar el conocimiento adquirido para practicar y mejorar las técnicas en la atención de los niños.
- ☞ Solicitar capacitaciones de forma teórica y práctica, sobre la evaluación de displasia de cadera en niños.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maxima J. Conocimiento. [Internet]. *caracteristicas.co*; 2019 [consultado 20 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://www.caracteristicas.co/conocimiento/>.
2. Vidal C., Sosa J. Factores predisponentes para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. *Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica* [Internet]; 2013 [consultado 22 de Enero de 2020]. 15 (1): 6-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2013/op131b.pdf>
3. International Hip Dysplasia Institute. Instituto Internacional de Displasia de Cadera. [Internet]. [consultado 24 de Enero de 2020]. Disponible en: <http://displasiadecadera.org/displasia-evolutiva-cadera/preguntas-frecuentes/>
4. Quispe R. Displasia de caderas afecta a cinco de cada cien bebés en Arequipa [Internet]. Perú: La Republica; 2015 [consultado 24 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://larepublica.pe/archivo/869628-displasia-de-caderas-afecta-a-cinco-de-cada-cien-bebes-en-arequipa/>.
5. Montes L., Menchaca R., Valles A., Gutiérrez C. Displasia del desarrollo de cadera: Conocimientos en médicos pediatras. *MEDIGRAPHIC* [Internet]. 2009 [consultado 20 de Enero de 2021]. 23(1): 22-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2009/or091f.pdf>
6. Vasconcelos M., Colmenares B. Nivel de conocimientos sobre la displasia de desarrollo de cadera en el personal de salud de primer contacto en zona de influencia del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. *MEDIGRAPHIC*. [Internet]. 2015 [consultado 20 de Enero de 2021]; 8(1): 548-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eos151af.pdf>
7. CARHUAZ PEÑA J. Intervención de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo para referir y descartar oportunamente displasia de cadera en niños menores de 1 año en el hospital de apoyo pichanaki, 2015-2016. [Informe de experiencia laboral profesional para optar el título de segunda especialidad en enfermería en crecimiento, desarrollo del niño y estimulación de la primera



- infancia]. Peru: Universidad Nacional del Callao. Escuela Profesional de Enfermería; 2016.
8. Shaw B., Evaluación y derivación para la displasia de cadera en lactantes. [Internet]. 2017 [consultado 15 de Enero de 2020]. Disponible en: <http://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/32%20Evaluacion%20y%20derivacion%20para%20la%20displasia%20de%20cadera%20en%20lactantes.pdf>.
  9. García C. Enfermedad de Perthes [Internet] Traumatología Infantil; 2010 [consultado 08 de Diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.traumatologiainfantil.com/es/cadera/displasia-de-cadera>.
  10. Jimenez R. Luxación congénita de cadera. Asociación Española de Peiatria [Internet]. España; 2008 [consultado 15 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/politica-de-privacidad>.
  11. Isunza Ramírez A, Isunza Alonso O. Displasia de la cadera. Acta Pediátrica de México. 2015; 36(3).
  12. Yampufé M. Manual Práctico de Manejo Fisioterapéutico del Paciente con Enfermedad Luxante de Cadera. 1st ed. Cornetero JMY, editor. Lima; 2017.
  13. Martinez D. Hipotonía e hipertonía muscular en bebés [Internet]. Clinica Vass; 2017 [consultado 15 de Octubre de 2020]. Disponible en: <https://clinicavass.com/hipotonia-hipertonia/>.
  14. Delgadillo A., Macías H., Hernández Y. Desarrollo displásico de cadera. Revista Mexicana de Pediatras. 2006 Enero; 73(1).
  15. Delgado A. Exploración del aparato locomotor: cadera y rodilla. [Internet] Madrid: AEPap; Curso de Actualización Pediatría 2005. [consultado 18 de Octubre de 2020] Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/locomotor06.pdf>





16. Axotta V., Gonzales D., Gomez S. Luxacion Congenita de Cadera. Rev Hosp Jua Mex. [Internet] 2000 [consultado 02 de Octubre de 2020]; 67(2): 77-83. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2000/ju002d.pdf>
17. MINISTERIO DE SALUD. Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA. [Internet]. Perú; 2017 [consultado 19 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190581-537-2017-minsa>
18. Arce J., García B. Displasia del desarrollo de caderas: ¿Radiografía o ultrasonografía? ¿A quiénes y cuándo?. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2000 [consultado 20 de Enero de 2020]; 71(4): 354-6. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000400013](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000400013)
19. Abril J, Vara I. Pediatría Integral. [Internet]. 2019 [consultado 8 de Diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-06/displasia-del-desarrollo-de-la-cadera-y-trastornos-ortopedicos-del-recien-nacido/>
20. Ramírez J, Y Otros. El diagnóstico oportuno de la displasia de cadera. Enfermedad discapacitante de por vida. Consenso del Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología. Medigraphic. [Internet] 2011 [consultado 25 de Diciembre de 2020]; 25(5): 313-22. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2011/or115j.pdf>
21. Real Academia Española. RAE. [Internet]. 2020 [consultado 20 de Enero de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento?m=form>.
22. Nava J. El problema del origen del conocimiento humano. Los supuestos filosóficos con los que se pretende resolver Revista Latinoamericana de Filosofía de la Educación [Internet]. 2017 [consultado 05 de Marzo de 2021].4 (1): 165 - 92. Disponible en: file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-EIProblemaDelOrigenDelConocimientoHumanoLosSupuest-6195240.pdf



# ANEXOS