



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Evaluación de las necesidades en la enfermedad de Legg- Calve-Perthes. A propósito de un caso

Assessment of the necessities in Legg-Calve-Perthes disease. According to a case.

Autor/es

Yolanda Escobar Navarro

Director/es

José Raúl Pérez Sanz

Facultad de ciencias de la salud
2016

INDICE

1.	RESUMEN/ABSTRACT	2
1.1	RESUMEN	2
1.2	ABSTRACT	2
2.	INTRODUCCION	3
JUSTIFICACION	4
3.	OBJETIVO	5
4.	METODOLOGIA.....	5
5.	DESARROLLO	6
6.	CONCLUSIONES	10
7.	BIBLIOGRAFIA	11
8.	ANEXOS	13

1. RESUMEN/ABSTRACT

1.1 RESUMEN

La enfermedad de Legg-Calve-Perthes, es una necrosis idiopática de la epífisis femoral proximal con mayor incidencia en la primera década de vida y que presenta numerosas repercusiones, tanto físicas como psicológicas, en el niño y en la familia. Se presentó el caso de una paciente con una enfermedad de Perthes bilateral de 3 años de evolución, a la cual de manera retrospectiva, se le realizó una valoración enfermera a través de la metodología de Virginia Henderson, con el fin de obtener las necesidades que demandó dicha paciente y realizando un plan de cuidados personalizados que podría haberse llevado a cabo.

1.2 ABSTRACT

Legg-Calve-Perthes disease is an idiopathic necrosis of the proximal femoral epiphysis with higher incidence in the first decade of life. It presents both physical and psychological consequences in the child and family. It is presented the case of a patient with bilateral Perthes disease of 3 years of progression, in which a nurse assessment is performed retrospectively by the Virginia Henderson's methodology. The aim is to achieve the necessities demanded by the patient as well as to prepare a personal care plan that could have been made in this case.

2. INTRODUCCION

La Enfermedad de Legg-Calve-Perthes (En adelante, ELCP), también denominada "ostecondritis deformante juvenil", es una enfermedad que empezó a ser descrita hacia 1910 simultáneamente por Arthur T. Legg, Jacques Calvé y Georg Perthes^{1,2}. Consiste en una necrosis idiopática de la epífisis femoral proximal que tiene más incidencia de aparición en la primera década de vida^{3,2}.

Según un estudio presentado en el congreso de la Sociedad Española de Ortopedia pediátrica celebrada en La Coruña, la incidencia de la enfermedad se localiza en 1,59 por cada 100.000 habitantes⁴, lo que coincide con estudios internacionales, que marcan la incidencia entre 0,2 y 19,9 casos cada 100.000 cada año en niños entre los 0 y 14 años⁵.

Su aparición es más prevalente en individuos de raza caucásica y de predominio masculino (entre 4 y 5 veces superior). Suele presentarse de manera unilateral aunque puede afectar a ambas caderas hasta en un 14-15% de los casos^{2, 6, 7, 8}. En la forma bilateral, la ELCP se caracteriza por no ser simétrica cursando ambas caderas en diferentes estadios evolutivos. A pesar de no ser común, se han observado casos de recidiva de la enfermedad en un 0,25% de los casos⁹.

La etiología de la enfermedad es desconocida, aunque existen diversas teorías que apuntan el origen hacia causas genéticas, hematológicas, vasculares, factores inflamatorios, traumáticos, ambientales, endocrinas, etc. Alguna de estas ya descritas desde el descubrimiento de la enfermedad¹. Pero la realidad es que la causa exacta sigue siendo un misterio en la actualidad^{2, 6, 8, 10}.

La ELCP suele cursar con un cuadro parecido a la sinovitis transitoria de cadera, tanto es así que son varios los pacientes diagnosticados erróneamente y por lo tanto, es conveniente la realización de un diagnóstico diferencial². La clínica viene determinada por el estadio en el que se encuentra la enfermedad³. Suele comenzar a manifestarse de manera insidiosa, con cojera y dolor leve referido en la ingle o la rodilla que disminuye con el reposo. Con el tiempo, el niño puede presentar además limitación de la movilidad, especialmente para la rotación interna^{3,6}.

La enfermedad evoluciona en cuatro fases diferenciadas en función de los cambios anatómicos de la cabeza y el cuello femoral⁶. Podemos distinguir la fase inicial o fase de necrosis, por la interrupción del aporte vascular que provoca la muerte del tejido. La fase de fragmentación, en la que se produce la reabsorción del tejido necrótico. La fase de reosificación, donde se produce la sustitución por tejido óseo nuevo y la última fase o fase de remodelación, en la cual la epífisis adquirirá su forma definitiva^{2, 6, 10}.

El procedimiento diagnóstico más utilizado en esta enfermedad son las radiografías simples¹¹, ya que nos permite establecer el diagnóstico y cuantificar el estadio evolutivo y el grado de afectación². La proyección más común es la antero-posterior en posición de Lauenstein¹¹ o en forma de rana. Otros métodos como la resonancia magnética (RM) o la ecografía para algunos profesionales no tienen un papel fundamental en el diagnóstico de la enfermedad². Sin embargo otros, destacan la importancia de la RM para el diagnóstico diferencial en la ELCP¹². Sea cual sea el método, es de suma importancia que este sea en las primeras fases de la enfermedad ya que el diagnóstico precoz disminuye las secuelas de la enfermedad⁶.

El tratamiento actual está enfocado a conseguir una cabeza femoral lo más parecida a la forma anatómica previa, al fin de evitar complicaciones futuras al paciente, ya que estudios transversales demuestran que el 50% de articulaciones afectadas por la ELCP padecerán artrosis⁴. Varios autores coinciden, que la mejor manera de lograr este resultado es mediante la contención de la cabeza femoral dentro del acetábulo^{3,2}. Pero a pesar de tener claro el objetivo, el tratamiento óptimo para la enfermedad no está determinado¹³. En la actualidad, se utilizan técnicas quirúrgicas como las osteotomías u otros métodos como ortesis para la contención. También existen otros procedimientos como la acetabuloplastia, que están siendo utilizadas en el tratamiento de la ELCP^{14,15}.

JUSTIFICACION

La enfermedad de Legg-Calve-Perthes, a pesar de ser autolimitada, es de larga evolución e incapacitante, que se presenta en niños. Tras el diagnóstico, los pacientes no pueden llevar a cabo una vida normal debido a las indicaciones del tratamiento. Este hecho no solo tiene repercusión física sino también psicológica y afecta tanto al paciente como a su conjunto familiar. Por todo esto, me parece relevante recalcar la importancia de una correcta valoración enfermera y un establecimiento de un plan de cuidados individualizados para solucionar los problemas que puedan aparecer durante el transcurso de la enfermedad.

3. OBJETIVO

Objetivar a través de un estudio retrospectivo de un caso clínico, las necesidades de competencia enfermera que demandó una paciente con la enfermedad de Legg-Calve-Perthes.

- Realizar una valoración enfermera a partir de las necesidades de Virginia Henderson.
- Identificar los problemas reales o potenciales que surgen durante el padecimiento de la ELCP y sobre los cuales pudo actuar el profesional de enfermería.
- Establecer un modelo plan de cuidados individualizados que podría haberse llevado a cabo.

4. METODOLOGIA

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos reflejadas en la tabla inferior, sobre la enfermedad osteocondritis deformante juvenil o también denominada Enfermedad de Perthes utilizando palabras clave como "Perthes", "Perthes Disease", "Legg-Calve-Perthes" así como el operador boleano "AND". A demás de la consulta de varios libros entre los que destacan una monografía de sobre este síndrome.

Fuente	Palabras clave	Limites	Encontrados	Seleccionados
Science direct	"legg-calve-perthes"	2013-2016	84	5
	"Perthes" AND "etiología"	Español, full text, 7 años.	31	2
	"Perthes" AND "tratamiento"	Últimos 5 años.	58	4
	"Zarit" AND "primaria"	Atención primaria	21	2
Pub Med	"Perthes Disease"	full text, últimos 3 años	22	3
Scielo	Escala Spence	2016	6	1
Otros (Monografías, webs, libros...)				8
Total				25

Posteriormente, se realizó un estudio retrospectivo descriptivo del caso clínico de una niña con enfermedad de Perthes que data de 1997 y del cual no se recogen ningún registro de actividad enfermera.

La valoración, ha sido realizada a través del modelo de Virginia Henderson, puesto que el sistema de las 14 necesidades permite valorar al paciente en sus diferentes esferas dando así, una visión holística facilitando la detección de las necesidades.

Tras la localización de los problemas, se llevó a cabo utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC la enunciación de los diagnósticos enfermeros y la elaboración de un plan de cuidados. Con el fin de determinar lo más objetivamente posible los diagnósticos principales y priorizarlos de manera objetiva, se tuvo en cuenta la vivencia de la enfermedad de 30 pacientes a través de una encuesta de consulta **ANEXO 1**.

Puesto que es un estudio retrospectivo y el plan de cuidados que se propone no se llevó a cabo, no se han propuesto métodos para la evaluación de la consecución de los objetivos.

5. DESARROLLO

Presentamos el caso de una paciente de 4 años que acude a urgencias por cojera y que es diagnosticada de sinovitis transitoria de cadera.

No presenta antecedentes médicos de interés, ni alergias conocidas. Tampoco presenta ni antecedentes familiares, ni episodios previos de alteraciones de la marcha.

Tras observar que a pesar del tratamiento, la cojera de la paciente no remite, fue valorada en el Hospital Infantil Miguel Servet donde se le diagnosticó la enfermedad de Legg-Calve-Perthes en la extremidad inferior izquierda. Es puesta en tratamiento ortopédico con ortesis femoral de abducción de Tachdjian¹⁶ **[ANEXO 2]** que resultó exitoso.

Al año, la paciente debuta con recidiva de la cojera y tras el análisis, se dictamina que la paciente sufre de nuevo la enfermedad, esta vez, en la extremidad inferior derecha. También es puesta en tratamiento ortopédico sin éxito, por lo que es necesario someterla a una intervención quirúrgica y practicarle una osteotomía varizante y desrotativa con colocación de una placa que se retiraría, de nuevo en quirófano, a los 3 meses.

En el resumen del caso observamos a una paciente que de los 4 a los 7 años ha sufrido numerosas intervenciones médicas para el tratamiento de su enfermedad.

En la valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson, se podrían haber destacado los siguientes datos:

- La paciente presenta dificultades a la hora de ir al servicio y usa pañales o depende de sus familiares para ir al servicio. Además, la inmovilidad, puede ser causante de estreñimiento.
- En cuanto a la movilización, son tres los años lo que dura el transcurso de enfermedad que está marcado por la inmovilización prescrita. Lo cual puede acarrear problemas determinados por la falta de actividad.
- El uso de férulas durante tiempo prolongado, pudieron poner en compromiso la integridad de la piel.
- La paciente reside en una casa de 4 plantas, es la familia la que carga con ella por las escaleras ya que esta no puede desplazarse, lo que puede suponer un riesgo de caídas tanto para el portador como para la niña.
- La niña está muy limitada en la práctica de actividades recreativas, recibe clases particulares en su domicilio durante un largo periodo de tiempo por lo que también pudo alterar las relaciones sociales, muy limitadas al ámbito familiar.

Por lo que se observa que se encuentran afectadas las necesidades de eliminación, movilidad, integridad de la piel, peligros del entorno y las actividades recreativas. Tras la recogida de información, se podían haber enunciado varios diagnósticos enfermeros entre los que cabe destacar:

Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el entorno habitual (00097)

La movilidad es esencial tanto para el crecimiento como para el desarrollo del niño¹⁷. En esta enfermedad, la prescripción de un reposo estricto hace que la paciente no pueda salir de casa e incluso tenga que recibir clase en su domicilio por no poder desplazarse a su centro de docencia. Esto hace que su vida social este muy limitada y no pueda llevar a cabo actividades propias de su edad.

Durante todo el tiempo que la paciente estuvo en su domicilio, el equipo enfermero del centro de salud podría haber planteado como objetivo que el niño llevara a cabo procesos de *implicación social (1503)* así como el trabajo de *clima social de la familia (2601)* haciendo que el niño participe en actividades conjuntas y participe con ellos en actividades recreativas durante su proceso de enfermedad.

Para conseguirlo, llevar a cabo una *terapia con juegos (4430)* que incluyera tanto a la paciente como a la familia podría haber sido de utilidad.

Riesgo de síndrome de desuso r/c inmovilización prescrita (00040)

Debido a la inactividad, la paciente terminó el proceso de enfermedad con la pierna derecha con menor tono muscular. En este caso, enfermería podría haber actuado para mitigar los efectos de la inmovilización.

Las *consecuencias fisiológicas de la inmovilidad (0204)* deberían de haber sido controladas mientras durara la prescripción de la misma. Se podría haber valorado el tono (020412) y la fuerza muscular (020411).

Así como haber realizado un *fomento del ejercicio (0200)* en la medida que hubiera sido posible explorando las barreras para el mismo y proporcionando una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física (00047)

Las botas de yeso que la paciente portó durante largos periodos de tiempo, pudieron ser causantes de lesiones en la piel tales como úlceras por presión (UPP). Se podría haber pasado una escala para valorar el riesgo como la escala de Braden¹⁸ por ser la más recomendada para la valoración del riesgo de UPP en niños.

Enfermería debería haber asegurado la *integridad tisular (1101)* durante el tiempo de inmovilización de la paciente. Podría haber comprobado indicadores como la hidratación (110104) y la perfusión tisular (110111).

Para ello se podrían haber llevado a cabo actividades como la *prevención de úlceras por presión (3540)* y la *vigilancia de la piel (3590)*.

Ansiedad r/c nuevo estado de salud m/p inquietud (00146)

Tras el diagnóstico, la paciente de 4 años de edad se inicia en un proceso largo que va a romper con su rutina diaria tal y como la conocía, lo que pudo producirle ansiedad. Además, podemos considerar este diagnóstico ambivalente, ya que la familia, ante el nuevo estado de salud de su hija y puesto que se trata de una enfermedad poco común y que puede tener graves secuelas, estaba sometida también a grandes niveles de estrés.

Se podría haber llevado a cabo una valoración de la ansiedad como la escala de ansiedad para niños de Spence¹⁹ y realizar actividades que disminuyeran la ansiedad tanto del niño, como de la familia.

Hubiera sido importante la valoración del *nivel de ansiedad (1211)* de la paciente durante su enfermedad valorando indicadores como la ansiedad verbalizada (121117) o trastornos en el sueño (121129).

Se podría haber dado *apoyo emocional (5270)* escuchando sus expresiones de sentimientos, tocando a la paciente para darle apoyo o incluso remitir a servicios de asesoramiento si se hubieran precisado. También hubiera sido correcta la *disminución de la ansiedad (5820)* de la paciente escuchando con atención y creando un ambiente que facilite la confianza.

Riesgo de caídas r/c dificultad en la marcha (00155)

La paciente es tratada con una ortesis de Tachdjian¹⁶ lo que hacía variar su punto de equilibrio y por lo tanto, producir alteraciones en la marcha y con ello, aumentar el riesgo de caídas.

Enfermería podría haber trabajado el *equilibrio (0202)* durante el tratamiento ortopédico tanto en bipedestación (020201) como al caminar (020203).

Se podrían haber llevado a cabo *terapia de ejercicios: equilibrio (0222)* determinando la capacidad del paciente para las actividades que lo requieran.

Como ya se ha comentado previamente, la ELCP afecta frecuentemente a niños menores de 14 años y por lo tanto, la familia tiene un papel fundamental.

No es de extrañar por tanto que haya diagnósticos y actuaciones de competencia enfermera que atañen al entorno del individuo como puede ser el riesgo de *afrentamiento ineficaz r/c incertidumbre (00069)* del cuidador principal ya que es una enfermedad poco frecuente y con un pronóstico variable. También se podría haber hecho incapié en el *riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062)*²⁰ relacionado con la falta de experiencia, la cantidad de tareas de cuidados, la falta del entorno físico para la prestación de los cuidados etc. En este caso, enfermería podría haber realizado una valoración a través de la escala Zarit²⁰ puesto que en su modalidad reducida, es la escala más adecuada para valorar la sobrecarga de cuidador en atención primaria²¹ y haber determinado los *factores estresantes del cuidador familiar (2208)* valorando los factores estresantes referidos (220801) o las limitaciones psicológicas (220803) durante todo el proceso de enfermedad de la paciente, así como realizando actividades que eviten este riesgo como el *apoyo al cuidador principal (7040)* determinando, por ejemplo el nivel de conocimientos, animando a participar en grupos de apoyo y otorgando el apoyo en la toma de decisiones.

6. CONCLUSIONES

Como se ha enfatizado durante todo el trabajo, los procesos que requiere la ELCP en su tratamiento como son la inmovilidad o el uso de ortesis, pueden traer problemas tanto reales como potenciales en el enfermo y en la familia a nivel físico y psicológico.

En mi opinión, tanto en esta enfermedad como en muchas otras, enfermería se centra en abordar aspectos más técnicos y objetivos como son el dolor o las curas de la herida quirúrgica y deja de lado otras dimensiones más subjetivas que aportan bienestar emocional, como pueden ser el control de la ansiedad o el apoyo en la toma de decisiones. Estos aspectos, aunque en ocasiones no les demos el peso que merecen, son claves en la evolución y erradicación de la enfermedad.

Así pues, tras este trabajo, he podido observar como una correcta valoración enfermera basada en un buen modelo holístico como puede ser el modelo de Virginia Henderson, es una herramienta muy importante por dos motivos principales. El primero, que nos proporciona una manera fácil y sencilla de detectar las necesidades y así poder abordarlas convenientemente. El segundo es que, enfermería es una profesión que tiene un amplio abanico de trabajo autónomo que, en múltiples ocasiones no es reconocido. Por eso considero que una correcta valoración es el primera paso para elaborar actividades que empoderan a la profesión y que mediante su puesta en práctica y su registro, se conseguiría hacer de la enfermería una profesión con mayor reconocimiento.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Esteve De Miguel R. Síndrome de Legg-Calvé-Perthes. En: XIV congreso de la sociedad española de cirugía ortopédica y traumatología. (Gerona, Junio 1974).
2. Salcedo Montejo M.; Gonzalez Morán G.; Albiñana Cilveti J. Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes. Rev. Esp. Cir. Ortop. traumatol. 2011; 55(4): 312-322.
3. Miguez Rey M.F; Salom Taverner M. Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes. Conceptos actuales. Rev. Esp. Cir. Osteoart. 2015; 50 (261): 79-82.
4. Abril J.C. Carta en relación al artículo "enfermedad de Legg-Calvé-Perthes". Rev esp cir ortop traumatolo. 2012; 56(1): 94-95.
5. Perry D.C. Unravelling the enigma of Perthes disease. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 2013;95: 311-316.
6. Vargas-Carvajal I.X.; Martínez-Ballesteros O.F. Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes. Revisión actualizada. Semergen. 2012; 38(3): 167-174.
7. Lebrón Patricio Y.; Herráiz Gastesi I.; Quintana Martínez I. FMC. 2013; 20(8): 496-501.
8. Srzentic S.; Spasovski V.; Spasovski D.; Zivkovic Z.; Matanovic D.; Bascarevic Z.; et al. Association of gene variants in TLR4 and IL-6 genes with Perthes disease. Srp Arh Celok Lek. 2014; 142(7-8): 450-456.
9. Díaz de Rada Lorente P.; Beguiristáin Gúrpide J.L.; Duart Clemente J. Recurrencia de la enfermedad de Legg-Calve- Perthes. Caso clínico. Rev. Esp. Cir. Ortop. traumatol. 2009; 53(3): 220-221.
10. Miranda L.; Bas T.; Martí V. Enfermedad de Perthes. Conceptos básicos. An. Pediatri. Contin. 2005; 3(5): 317-321.
11. Frias Austria R. Enfermedad de Legg- Calvé- Perthes. Acta Ortopédica mexicana. 2009; 23(3): 172-181.
12. Vázquez Mendez E. Resonancia magnética en la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes. Comentario. Radiología. 2010; 52(3): 196-197.
13. Nieto-Blasco J.; García Martín F.; Santos Sánchez J.A.; Vicente blanco M.V. Beneficio de la rehabilitación y toxina botulínica en la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes. A propósito de un caso. Rehabilitación (Madr.) 2013; 47(4):245-248.
14. Rios Ruh J.M.; Mínguez Rey M.F.; Pino Almero L.; Cibrián Ortiz de Anda R.M.; Gomar Sancho F. La acetabuloplastia de Staheli en el tratamiento de la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes en mayores de 6 años. Estudio preliminar. Rev. Esp. Cir. Osteoart. 2014; 49(260): 159-164.
15. Chaudhry S.; Phillips D.; Feldman D. Legg-Calvé-Perthes disease: An overview with recent literatura. Bull Hosp Jt Dis. 2014;72(1):18-27.

16. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. [internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo-centro de publicaciones. Guía descriptiva de ortoprótesis, tomo II, ortesis de miembro superior y miembro inferior. 2011 [consultado en 8 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/6PrestacionOrtoprotetica/docs/GuiaDescriptivaOrtoprotesisTomo2.pdf>
17. Juall Carpenito, Lynda. Diagnósticos de enfermería aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2002.
18. Junta de Andalucía [Internet]. España: Servicio Andaluz de Salud. c 2014 [actualizado en: 07 octubre 2014; consultado en: 23 junio 2016]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5 y
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT2_RiesgoUPP_BRADEN.pdf
19. Hernandez Guzman L.; Bermudez-ornelas G.; Spence S.; Gonzalez Montesinos M.J.; Martínez Guerrero J.I.; et al. Versión en español de la escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS). Revista Latinoamericana de Psicología. 2010; 42(1): 13-24.
20. Vázquez-Sánchez M.A.; Casals-Sánchez J.L.; Aguilar-Trujillo P.; Aparicio-Benito P.; Estébanez-Carvajal F.; Luque-Espejo A.; et al. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Enferm Clin. 2005; 15(2):63-70.
21. Regueiro Martinez A.A.; Pérez-Vazquez A.; Gómara Villabona S.M.; Ferreiro Cruz M.C. Escala Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten. Primaria. 2007; 39 (4)185-188.

Bibliografía complementaria

- Herdman Herdman T.; Kamitsuru S. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier España, 2015.
- Moorhead, S [et al]. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.
- Bulechek, G.M [et al]. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.
- Castillo de la Rosa E.; Delgado Hito M.P.; Falcó Pegueroles A.M.; Fernández Ferrín M.C.; Luis Rodrigo M.T.; Martínez Gabriel A.; et al. Los diagnósticos enfermeros revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.

8. ANEXOS

Anexo 1: Encuesta de consulta

Cuestionario sobre la actividad de Enfermería en la enfermedad de Legg Calvé Perthes

Todos los que hemos padecido o vivido la enfermedad de cerca, somos conscientes del impacto que tiene en la vida diaria de quien la sufre. A continuación, debe contestar sinceramente a las preguntas sobre su convivencia en EL DOMICILIO con la enfermedad.

*Obligatorio

Especifique el año aproximado de comienzo de la enfermedad *

Tu respuesta

Las intervenciones quirúrgicas, la inmovilización,... para el tratamiento de la enfermedad, dificulta en actividades tan sencillas como ir al servicio. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente de acuerdo

Padecí disminución de la musculatura (una pierna más delgada que la otra) o disminución de la fuerza tras el proceso de la enfermedad.

- Sí
- No

La enfermedad de Legg Calvé Perthes puede provocar un estado de ansiedad en el niño.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente de acuerdo

Considero que la persona que se encarga del cuidado de un niño con Perthes está sometido a una gran carga de trabajo físico y psicológico. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente de acuerdo

El profesional de enfermería me ayudó, pero solo durante la estancia en el hospital.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente de acuerdo

¿Qué considera que es lo más duro de haber padecido y/o vivir de cerca la enfermedad de Perthes? *

Tu respuesta

En qué aspectos cree que hubiera necesitado o le hubiera gustado recibir más ayuda *

Tu respuesta

Anexo 2: Ortesis femoral de abducción de Tachdjian

