



Se pretendía actuar en el contexto de la necesidad de prótesis en la articulación del codo. Las causas de los problemas se analizaron con pacientes tratados "in situ" y el estudio de la historia clínica. El tipo de intervención pertenece al campo quirúrgico sobre un hueso de la articulación, dos o el conjunto de los tres que la componen.

#### TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO:

- Masaje circulatorio y cicatricial: hay controversia en el uso del masaje, sabemos que el calor provoca una vasodilatación, por lo que llega más calcio a la zona de la lesión, por lo que efectuando solamente diez minutos de fricción en la piel y cicatriz, el efecto es más positivo ya que el aporte de calcio es mínimo. Usamos las técnicas de masoterapia para disminuir la inflamación de la zona intervenida y eliminar las adherencias cicatriciales que se producen en los diferentes planos de la cicatriz.

- Cinesiterapia pasiva activa y/o movilizaciones activo asistidas en toda la amplitud posible y en todas las direcciones. Flexión extensión, prono supinación.

Estos ejercicios se realizarán en decúbito supino e igual tratamiento en sedestación. Se llevará el tratamiento a cabo con mucha paciencia respetando el dolor y exigiendo al paciente mucha colaboración.

- Ejercicios isométricos para potenciar bíceps, tríceps, y músculos pronos supinadores. Secundariamente pero no menos importante, hombro y muñeca dedos. Se realizará primero de forma activo-pasivo, exigiendo contracciones mantenidas de una duración de cinco segundos. Más adelante al mes del inicio del tratamiento fisioterapéutico se realizarán movimientos activos con pequeñas resistencias. Nunca elevar peso superior a 3 Kg. Y tampoco extendido. Se recomienda en algunos casos férulas de extensión nocturnas para recuperar dicho movimiento.

- Crioterapia: se aplicará frío en el codo, para disminuir el dolor y la inflamación y conseguir una relajación del codo y del paciente en general y no más de diez minutos.

- El uso del yeso o férula del yeso durante un mes conlleva desventajas para el paciente durante la convalecencia en cuanto a la movilidad, por el

#### » Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Las soluciones aportadas han sido muy positivas para los diversos pacientes con una viabilidad rondando el 80% y una alta aplicabilidad. La relación coste-beneficio, la estándar.

Los efectos fueron desde buenos a muy buenos y se midieron en base a la movilidad y al dolor presentados. Se resolvió el problema en un 80% de los pacientes.

#### RESULTADOS

El abordaje quirúrgico, en su aspecto traumatológico, del codo tiene como consecuencia de dicha intervención, una prótesis; los resultados son buenos aunque su incidencia bastante escasa.

En el 40% de los pacientes persiste el dolor mínimo, en el 20% el dolor es muy fuerte y el 30% dolor ausente. La cicatriz no suele dar problemas. El movimiento de flexión es normal en un 40% el de extensión un 30% el movimiento de pronación está normal en un 80% y de supinación 60%. La falta de fuerza muscular 4/5 o de 3/5.

La afectación del hombro y de la muñeca es de un 10%.

Con la movilización se evita la rigidez del codo, teniendo en cuenta si el paciente es diestro o zurdo su recuperación es mejor y en menos tiempo,

#### » Barreras detectadas durante el desarrollo.

Se encontró en algunos pacientes poca cooperación.

#### CONCLUSIONES

Ante una fractura compleja de húmero distal, deberá considerarse en primer lugar, la posibilidad de reconstrucción mediante osteosíntesis. Cuando ésta no se considere viable, especialmente en pacientes de edad biológica avanzada y con baja demanda sobre la extremidad debe valorarse la P:T:C, Esta revisión apoya la recomendación de la P:T:C, para el tratamiento agudo de las fracturas conminutas de húmero, cubito y radio. Las movilizaciones deben ser siempre indoloras o al límite del dolor. En general, el uso de US, no está muy extendido su utilización, por lo que creemos que cada fisioterapeuta puede reservarse su uso según su criterio. Se puede usar el US intermitente al 25-50% con voltarén y gel seguido del masaje y al final diez minutos de hielo. Se puede usar la termoterapia superficial con fines analgésicos y nunca la termoterapia profunda. Es fundamental la absoluta colaboración del paciente, para ello debe estar correctamente informado y tener en cuenta, que realizar sus

#### » Oportunidad de participación del paciente y familia.

Escasa. En su mayoría son pacientes de edad biológica avanzada suelen reaccionar negativamente al dolor y no cooperar.

#### » Propuestas de líneas de investigación.

Debido a la escasez de la utilización de las prótesis de codo, hace falta una investigación más profunda para mejorar los resultados.

#### » Bibliografía.

- 1.Miranda Mayordomo M.Rehabilitación de las lesiones traumáticas del codo y antebrazo. En: Guillén García P, ed. Lesiones del codo, antebrazo, muñeca y mano. Madrid: Mapfre: 1987
2. Cesari B. Recule MM. Luxación et instabilité du coude. Kinésithérapie Scientifique
- 4.Arnheim DD. Codo, antebrazo, muñeca y mano. En:Arnheim DD.Ed.Fisioterapia y entrenamiento atlético
- 10.Knight KL.Las bases científicas de la crioterapia En: Knight KI, ed. Rehabilitación de las lesiones en la práctica deportiva.