

# IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA RIGIDEZ DEL CODO POSTRAUMÁTICO.

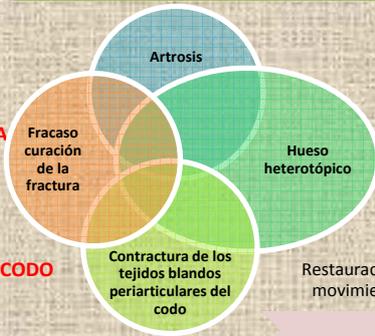
Autores: Caracuel Martínez, Juan Carlos; Fajardo Rodríguez, Manuel Francisco; Molina Martínez, Carmen. Fisioterapeutas -Hospital Universitario "San Cecilio" Granada (España).

## INTRODUCCIÓN

La rigidez del codo es una de las consecuencias más comunes en los traumatismos de codo. La restauración del movimiento de la articulación del codo rígido posttraumático es lenta, costosa y difícil. El codo rígido se ha definido como aquel que tiene una pérdida de la extensión de más de 30° y la flexión de menos de 120°; suele conllevar alteraciones del hueso, tejido blando, o una combinación de ambas. Etiológicamente destaca la artrosis, el fracaso en la curación de la fractura, la aparición de hueso heterotópico y la contractura de tejidos blandos periarticulares del codo.



OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA



ETIOLOGÍA RIGIDEZ CODO

Restauración del arco de movimiento funcional

Reincorporar la extremidad a las actividades funcionales

## MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando la Cochrane Library, MEDLINE (Pubmed), EMBASE y UPTODATE, obteniendo información de una Guía de práctica clínica, 3 Revisiones y 3 ensayos clínicos.

## OBJETIVOS TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

Recuperación de la fuerza muscular

## GUÍA DE ACTUACIÓN CON LAS EVIDENCIAS ENCONTRADAS

- 1 ACCIÓN PREVENTIVA DE LA RIGIDEZ
- 2 CRIOTERAPIA (EDEMA)
- 3 MOVILIZACIÓN TEMPRANA (CPM, CMMS, Ejercicio, Movilización articular, Movilización tejidos blandos y capsular, Movimientos accesorios- MWM, activación excéntrica de músculo tríceps)
- 4 USO FERULAJE ESTÁTICA/DINÁMICA (CONTRACTURAS < 6 MESES)
- 5 EXPLICACIÓN PROCESO CICATRIZACIÓN ÓSEA Y REPARACIÓN TISULAR TEJIDOS BLANDOS

## RESULTADOS

Se elabora la siguiente guía de actuación con las evidencias encontradas, para que sirva como instrumento para prevenir y disminuir las consecuencias de este trastorno y por consiguiente, evitar riesgos en nuestras intervenciones y aumentar la seguridad en el paciente.

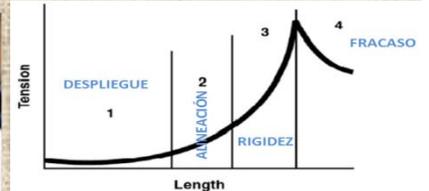
Las opciones de tratamiento abarca técnicas como ejercicio, movilización articular, movimiento pasivo continuo (CPM), el movimiento de manipulación de la rigidez (CMMS), y la colocación de una férula de movilización.

Es necesario revisar nuestras intervenciones e implementar en ellas las prácticas y evidencias existentes para aumentar la seguridad y calidad asistencial al paciente.

## FASES REPARACIÓN TISULAR



## FASES DE LA RESPUESTA DEL TEJIDO BLANDO AL ESTRÉS



## MESA CANADIENSE (APLICANDO LA TEORÍA TERT)

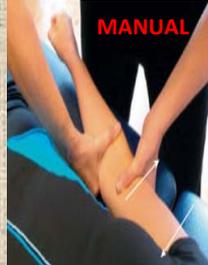


La recuperación de la movilidad articular de la manera más eficiente en el tiempo es fundamental para el retorno a la función del codo. El objetivo final del tratamiento de fisioterapia es conseguir al menos el arco funcional de movilidad del codo que se estima entre 30°-130° Flex/Ext y 50° Prono/supinación. La movilización activa temprana después de la lesión inicial será un factor que limitará la rigidez residual. Se recomienda que la manipulación sea con baja carga y largo periodo de tiempo (Teoría TERT). Las maniobras enérgicas y repetidas del codo, las múltiples intervenciones quirúrgicas, quemaduras y la rotura cabeza radial favorecen la osificación heterotópica.

## TAPING



## MOBILIZATION WHIT MOVEMENT



## EJERCICIOS PARA CASA

## FÉRULA DINÁMICA CODO



## FÉRULA ESTÁTICA CODO



## BIBLIOGRAFIA

- Hegmann, K, Hoffman, HE; Belcourt, RM; Byrne, Kevin MD, Glass, L, et al. **ACOEM Practice Guidelines: Elbow Disorders.** Journal of Occupational & Environmental Medicine. 2013;55(11): 1365-1374
- Ryan P, Robert C. **Nonsurgical Treatment of Elbow Stiffness.** Journal of Hand Surgery. 2013.38 (10): 2002-2004.
- Anneluuk LC, Lindenhovius, MSc, Jesse BJ. **The Posttraumatic Stiff Elbow: A Review of the Literature.** Journal of Hand Surgery. 2007.32 (10): 1605-1623