

Reemplazo total de codo (artroplastia)

Se trata de una prótesis total de codo semirrestringida (con bisagra), que cuenta con vástagos en el húmero y el cúbito unidos mediante una bisagra de conexión.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Este protocolo le servirá de guía para su recuperación tras una artroplastia total de codo realizada por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Comienza con un programa de ejercicios para realizar en casa; a continuación, se detalla el protocolo clínico estructurado **destinado a su fisioterapeuta o terapeuta de la mano**: lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia para que su rehabilitación se lleve a cabo de manera coordinada. Su terapeuta podrá modificar el plan según el progreso de su recuperación.

Si tiene alguna duda respecto a la herida quirúrgica, no dude en contactar con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su evaluación.

Qué esperar

La artroplastia total de codo consiste en retirar las superficies articulares desgastadas o dañadas y sustituirlas por un implante de metal y plástico. Las dos piezas del implante (una fijada al hueso del brazo, el húmero, y otra al hueso del antebrazo, el cúbito) suelen unirse mediante una pequeña bisagra; por eso se denomina prótesis semicontraincida o “vinculada”. Este procedimiento se realiza con mayor frecuencia en casos de artritis reumatoide grave, osteoartritis en fase avanzada, o ciertas fracturas de codo en pacientes mayores cuyos huesos no pueden repararse.

El objetivo de la recuperación es estabilizar el codo, proteger los tejidos en proceso de cicatrización y restablecer un **arco funcional** de movimiento cómodo y sin dolor (suficiente flexión y extensión para realizar tareas cotidianas como comer, lavarse y vestirse), más que lograr que el codo alcance su máxima fuerza posible. Para el manejo de la herida, la hinchazón y las cicatrices, consulte las pautas de [cuidado de heridas](#) de nuestra consulta.

Lo más importante que debe comprender es lo siguiente: el implante está diseñado para **una vida diaria cómoda, no para trabajos pesados**. Sus principales enemigos a largo plazo son el desgaste del componente plástico y el aflojamiento progresivo del implante en el hueso; ambos se ven favorecidos por cargas excesivas.

Por ello, **no resulta adecuado seguir un programa intenso de fortalecimiento tras una artroplastia total de codo**, y el límite de peso que puede levantar permanecerá **de por vida**, no solo durante el proceso de recuperación. Respetar ese límite es lo más importante que puede hacer para garantizar la durabilidad de su nuevo codo.

Después de la cirugía, se le colocará un **sujetador sencillo** para mayor comodidad, no una férula o abrazadera rígida. La movilización asistida y suave comenzará en la primera semana, y el plan de rehabilitación se irá intensificando de forma gradual y cuidadosa a partir de entonces.

Precauciones y limitaciones

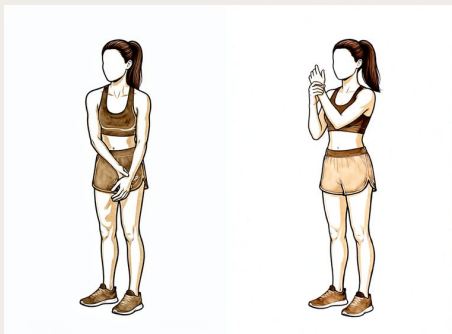
Se debe:

- Use el cabestrillo sencillo para mayor comodidad, siguiendo las indicaciones.
- Comience los movimientos asistidos suaves que se describen a continuación durante la primera semana, según las indicaciones del Dr. Hirpara y su terapeuta.
- Mantenga en movimiento la mano, la muñeca y el hombro para evitar la rigidez.
- Una vez recuperado, respete el límite de peso que deberá respetar de por vida (descrito a continuación).

No se debe:

- Durante las primeras 6 semanas, no levante nada más pesado que aproximadamente una taza de té (1 libra / 0,45 kg) con el brazo operado.
- No fuerce la flexión del codo, ni lo estire bruscamente ni lo enderece de forma brusca.
- No se apoye para levantarse de una silla utilizando el brazo operado, ni lo utilice para cargar, empujar o soportar peso; tampoco permita que nadie lo tire o lo gire.
- Si durante la cirugía se manipuló el músculo tríceps, no intente estirar el codo contra resistencia hasta que su cirujano se lo autorice (normalmente 6–12 semanas).
- **Límites permanentes de por vida:** no levante repetidamente más de unos **2 kg**, y no levante más de **4.5–5 kg** en un solo intento. Estos límites son permanentes, de por vida. **Queda prohibido practicar tenis, lanzamientos o deportes de impacto, para siempre.**

Sus ejercicios

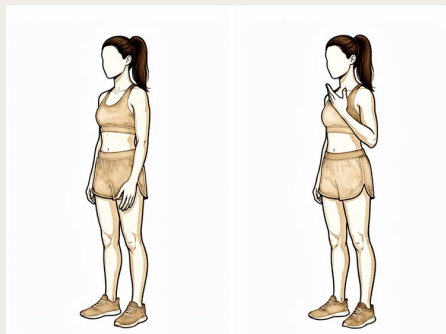


Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0

Flexión asistida del codo (flexión pasiva)

Con el brazo pegado al costado, use la otra mano para ayudar suavemente a doblar el codo operado hacia el hombro, solo hasta donde le resulte cómodo. No lo fuerce. Bájelo lentamente de nuevo. Su terapeuta le indicará hasta qué punto puede hacerlo.

5–10 veces, varias veces al día, siempre dentro de los límites de la comodidad.

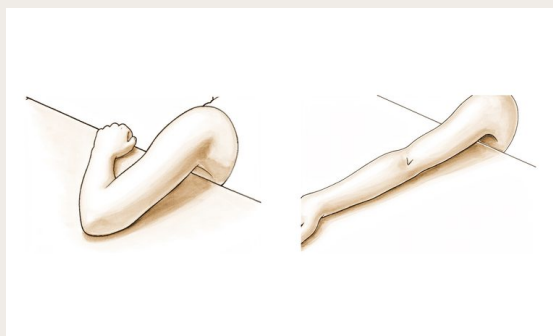


Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ ⓘ 4.0

Flexiones y extensiones suaves del codo

Con la palma de la mano hacia arriba y el brazo pegado al costado, doble suavemente el codo hasta donde le resulte cómodo; luego, permita que se estire de nuevo gracias a la gravedad. Mantenga el movimiento lento y sin esfuerzo: deje que el brazo realice el trabajo; no fuerce el movimiento hasta los límites de su amplitud.

5–10 veces, varias veces al día

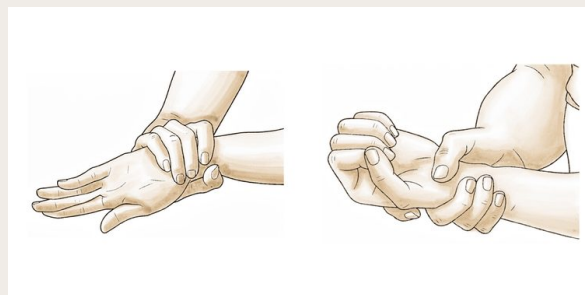


Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ ⓘ 4.0

Enderezamiento del codo asistido por la gravedad (extensión activa)

Descanse el brazo apoyado (por ejemplo, sobre un cojín o el brazo de un sillón) y deje que el antebrazo descienda de modo que el codo se estire suavemente gracias a la gravedad. No fuerce ni haga un movimiento brusco para enderezar el codo. Si su cirujano le indicó que durante la operación se manipuló el músculo tríceps, mantenga este movimiento suave y evite intentar enderezar el codo activamente hasta que se le dé autorización.

5–10 veces, varias veces al día, siempre dentro de los límites de la comodidad.



Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ ⓘ 4.0

Rotación del antebrazo (palma hacia arriba / palma hacia abajo)

Con el codo flexionado y pegado al costado, gire suavemente la palma de la mano hacia el techo, manténgala así un momento y luego gire la mano hacia el suelo. Mantenga el brazo inmóvil para que el movimiento provenga únicamente del antebrazo.

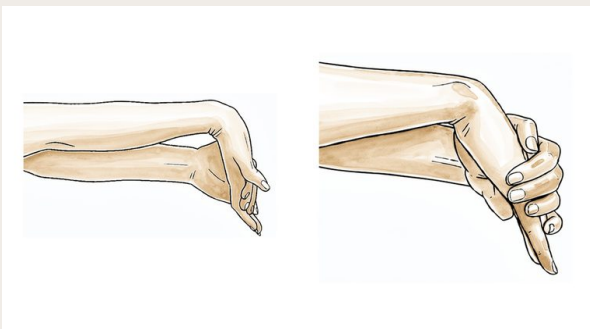
10 veces en cada dirección, unas cuantas veces al día.

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon

Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700

Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

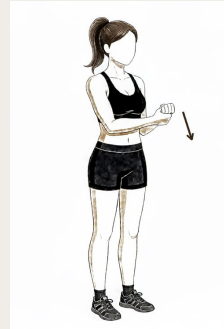


Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0

Movimiento de la muñeca

Doble su muñeca suavemente hacia adelante y luego hacia atrás, hasta donde le resulte cómodo. Esto mantiene en movimiento la muñeca y la mano, ayudando a prevenir la rigidez y la hinchazón mientras su codo sana.

10–15 veces, varias veces al día



Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0

Contracción isométrica del músculo tríceps

Este es un ejercicio avanzado: solo debe realizarlo cuando su cirujano o terapeuta le indique que su tríceps ya está listo, generalmente a las 6 semanas o más. Con el codo mantenido en una posición de flexión cómoda, contraiga suavemente el músculo situado en la parte posterior del brazo, como si fuera a estirar el codo, pero sin moverlo realmente. Mantenga la contracción suavemente y luego relájese.

Mantenga 5 segundos, 10 veces, una vez que se le autorice.

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto, destinados a recuperar gradualmente el movimiento del codo, el antebrazo, la muñeca y la mano. Comience a realizarlos bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta. Realice cada movimiento con suavidad y sin forzarlo; al principio, el objetivo es lograr un movimiento fácil y asistido, no hacer esfuerzo ni estirar los músculos.

Su protocolo clínico

El resto de esta página constituye el protocolo clínico para la rehabilitación tras un reemplazo total de codo semirrestringido (acceso posterior; se asume que el tríceps no se dañó). Esta sección debe entregarse a su fisioterapeuta o terapeuta de mano; cada fase a continuación comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial sobre lo que ocurre.

Antes de iniciar el tratamiento, revise el informe quirúrgico del paciente y su historial médico previo; además, consulte con el cirujano responsable sobre el abordaje quirúrgico, en particular si el tríceps se preservó, se desplazó o se volvió a fijar (técnica de Bryan–Morrey). Esto determinará las restricciones iniciales en la extensión y la posición de reposo del codo.

FASE I — INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, SEMANAS 0–6

Durante las primeras seis semanas, el objetivo es proteger los tejidos blandos en proceso de cicatrización y el tríceps, controlar la herida y la hinchazón, y comenzar movimientos asistidos suaves para evitar la rigidez del codo. El Dr. Hirpara utiliza un cabestrillo sencillo para mayor comodidad, no una férula o abrazadera posterior. Los movimientos asistidos (activo-asistidos) de flexión y extensión del codo se inician entre los **días 1 y 7**, manteniendo el codo pegado al costado y el antebrazo en posición neutra o pronada; en este proceso se

aprovecha la gravedad para facilitar la extensión. Con el brazo operado **no se debe levantar nada que pese más de 1 libra (0,45 kg)**, ni se permite soportar peso ni empujar con él.

Para su fisioterapeuta:

Inmovilización y precauciones

- Cabestrillo sencillo para comodidad (en la práctica del Dr. Hirpara: no se usan férulas ni abrazaderas posteriores). Si el cirujano indicó el uso de una abrazadera o férula por motivos relacionados con los tejidos blandos, siga esas indicaciones; de lo contrario, el cabestrillo se usa durante unas seis semanas, quitándoselo únicamente para realizar ejercicios e higiene.
- **Casos en los que se ha reinsertado el tríceps (p. ej., técnica de Bryan–Morrey):** se debe inmovilizar el codo en posición cercana a la extensión, evitando cualquier extensión activa o con resistencia en las primeras fases para proteger la reparación (siguiendo la lógica empleada en reparaciones distales del tríceps).
- No se permite la flexión forzada (pues genera tensión en la reparación del tríceps) ni la extensión brusca o forzada.
- No se debe soportar peso con el miembro superior, ni empujar contra resistencia, ni aplicar fuerzas de varo/valgo.
- Con el brazo operado, no se deben levantar objetos que superen 1 libra (0,45 kg).

Ejercicios

- Desde el día 1–7, realizar movimientos activo-asistidos suaves de flexión/extensión del codo, manteniendo el codo pegado al costado y el antebrazo en posición neutra o pronada; la gravedad ayuda a estirar el codo durante la extensión.
- Ejercicios de amplitud de movimiento activa para la mano, la muñeca y el hombro, con el fin de prevenir la rigidez.

Criterios para pasar a la Fase II: la herida debe haber cicatrizado, el dolor debe estar controlado y ya debe haberse establecido una amplitud de movimiento activo-asistida suave. **No se debe iniciar el fortalecimiento antes de las 6 semanas.**

FASE II – ACTIVIDAD FUNCIONAL, A PARTIR DE LAS 6 SEMANAS (NUNCA ANTES)

En esta fase se inicia una activación muscular suave y, posteriormente, un fortalecimiento muy leve; sin embargo, nunca se aplica un programa de ejercicios intenso. Los movimientos se van incrementando gradualmente hasta alcanzar un rango funcional, introduciendo la resistencia con cautela y manteniéndola ligera. La restricción en cuanto a levantar pesos se mantiene durante toda esta fase.

Para su fisioterapeuta:

Cronograma dentro de la Fase II

- **6 semanas:** iniciar ejercicios isométricos submáximos y sin dolor, en el rango medio de movimiento y en todos los planos. Si se realizó reflexión o reinserción del tríceps, verifique que esté autorizado antes de añadir ejercicios isométricos de extensión.
- **8 semanas:** avanzar a ejercicios isométricos submáximos en múltiples ángulos, evitando los extremos del rango de movimiento.
- **10–12 semanas:** introducir un ligero fortalecimiento isotónico (**sin usar pesas ni resistencia superior a 5 lb/2,3 kg**), primero en un solo plano y luego en varios.

Objetivo de rango de movimiento

- Rango funcional: **30–120/130° de flexión**, con **60° de pronación y 60° de supinación**.
- Si a las 10–12 semanas la flexión es inferior a 120°, considere utilizar una férula progresiva, ya sea dinámica o estática.

Precauciones

- Continúe evitando cargas pesadas, empujes y impactos.
- **Filosofía de fortalecimiento (texto exacto):** “Tras una artroplastia total de codo, no resulta adecuado aplicar un programa de fortalecimiento intenso.”

Criterios para avanzar: se debe lograr y mantener un rango de movimiento funcional sin dolor.

FASE TARDÍA DE LA FASE II Y DE POR VIDA, A PARTIR DE LAS 12 SEMANAS

A partir de las 12 semanas aproximadamente, el codo pasa a seguir un programa domiciliario de mantenimiento para **conservar** el arco funcional sin dolor. **Nunca se realiza fortalecimiento intenso formal.** A partir de ese momento, las siguientes limitaciones de actividad y levantamiento de pesos, válidas de por vida, se aplican de forma permanente.

Para su fisioterapeuta:

- Programa domiciliario para mantener el arco funcional sin dolor.
- Reforzar con el paciente las restricciones de actividad permanentes.
- Considerar el alta una vez se haya logrado un arco funcional estable y cómodo, así como una recuperación adecuada de la funcionalidad diaria.

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

Su nuevo codo está diseñado para una vida diaria cómoda; los siguientes límites son permanentes y son precisamente lo que garantiza la durabilidad del implante.

- **Levantamiento de pesos (de por vida):** nunca levante repetidamente más de unos **2 kg** (aproximadamente el peso de un par de tazas llenas), ni más de unos **4.5–5 kg** en un solo intento (alrededor del peso de una

tetera llena) con el brazo operado. Durante las primeras 6 semanas, el límite es aún más estricto: no se debe levantar nada que pese más de 1 libra (0,45 kg).

- **Deportes y impactos:** no practique tenis, lanzamientos ni actividades que impliquen impactos en ningún momento, de por vida. Una vez que el médico lo autorice, se recomiendan actividades suaves y de baja carga; sin embargo, el codo nunca debe soportar cargas pesadas ni sufrir golpes bruscos.
- **Conducción:** podrá volver a conducir únicamente cuando se sienta cómodo, haya retirado el cabestrillo y pueda controlar el volante con seguridad. Consulte con el Dr. Hirpara en su revisión para confirmar el momento adecuado.
- **Trabajo:** las tareas ligeras de oficina y las actividades de autocuidado pueden retomarse en cuanto se sienta cómodo. Cualquier puesto que requiera levantar, transportar, empujar o realizar esfuerzos repetitivos con el brazo debe ser evaluado individualmente con el Dr. Hirpara, ya que los límites de por vida también se aplican en el entorno laboral.

Seguir estrictamente estos límites es lo más importante que puede hacer para proteger su prótesis y evitar su aflojamiento o desgaste con el paso de los años.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo complementa las recomendaciones generales de recuperación de la consulta; consulte [manejo del dolor postoperatorio](#) y [cuidado de la herida](#). Su recuperación continua será guiada de forma individual por su fisioterapeuta o terapeuta de mano, según la evolución de su codo; además, deberá tener presentes sus limitaciones de actividad a largo plazo en cada revisión.