

Consideraciones clínicas del codo para la calificación de la pérdida de capacidad laboral

Elbow clinical considerations for grading loss of work ability

Considerações clínicas do cotovelo para avaliar a perda de capacidade de trabalho

COLCIENCIAS TIPO 1. ARTÍCULO ORIGINAL

RECIBIDO: NOVIEMBRE 2020; ACEPTADO: XXX

María Camila Segura Estupiñán
e-mail

Universidad Santiago de Cali

Resumen

Esta investigación tuvo como fin determinar cuáles son las consideraciones clínicas del codo establecidas por las autoridades laborales para considerar pérdida de capacidad laboral.

El método utilizado es descriptivo, utilizando la metodología de análisis documental.

Se pudo identificar que el codo es una articulación importante para la estabilidad del miembro superior, por tanto las afecciones que se presenten en él pueden causar deficiencia y llevar a la pérdida de capacidad laboral. Esta deficiencia sólo se puede establecer a través de una serie de pruebas accionadas por el grupo Multidisciplinario, entre las cuales se pueden contar la prueba del esfuerzo varo, la prueba del esfuerzo valgo, la prueba de la silla y la del codo de tenista; además de tener en cuenta otros factores como edad, sexo, rutina laboral, actividades, enfermedades previas, etc., el cual toma la decisión dependiendo de los parámetros expuestos para tal fin en el Decreto 1507 del 2014, los cuales se manejan a través de unas tablas estandarizadas, donde se exponen los parámetros para calificar si la afección se considera leve, moderada, severa o muy severa, todo en conjunto con la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), la empresa y el empleado.

Se concluyó que en Colombia el método para calificar la pérdida de capacidad laboral es mixto, porque se utiliza la combinación de conceptos y tablas parametrizadas, establecidas por el Decreto mencionado. Finalmente la calificación de la afección del codo se debe establecer en conjunto con la funcionalidad del antebrazo, ya que los órganos de éste se encuentran adheridos al codo.

Palabras Clave: Codo, consideraciones clínicas, capacidad laboral, patologías, Decreto 1507

Abstract

The purpose of this research was to determine which are the clinical considerations of the elbow established by the labor authorities to consider loss of work capacity.

The method used is descriptive, using the documentary analysis methodology.

It was possible to identify that the elbow is an important joint for the stability of the upper limb, therefore the conditions that occur in it can cause deficiency and lead to the loss of work capacity. This deficiency can only be established through a series of tests activated by the Multidisciplinary group, among which the varus stress test, the valgus stress test, the chair test and the tennis elbow test can be counted; in addition to taking into account other factors such as age, sex, work routine, activities, previous illnesses, etc., which makes the decision depending on the parameters set out for this purpose in Decree 1507 of 2014, which are managed through some standardized tables, where the parameters are exposed to qualify if the condition is considered mild, moderate, severe or very severe, all in conjunction with the Occupational Risk Manager (ARL), the company and the employee.

It was concluded that in Colombia the method to qualify the loss of work capacity is mixed, because the combination of concepts and parameterized tables, established by the aforementioned Decree, is used. Finally, the qualification of the condition of the elbow must be established in conjunction with the functionality of the forearm, since the organs of the latter are attached to the elbow.

Key Words: Elbow, clinical considerations, work capacity, pathologies, Decree 1507

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi determinar quais são as considerações clínicas do cotovelo estabelecidas pelas autoridades trabalhistas para considerar a perda da capacidade para o trabalho.

O método utilizado é descritivo, utilizando a metodologia de análise documental.

Foi possível identificar que o cotovelo é uma articulação importante para a estabilidade do membro superior, pois as condições que nele ocorrem podem causar deficiência e levar à perda da capacidade para o trabalho. Essa deficiência só pode ser constatada por meio de uma série de testes acionados pelo grupo Multidisciplinar, entre os quais podem ser contados o teste de esforço em varo, o teste de esforço em valgo, o teste da cadeira e o teste do cotovelo de tenista; além de levar em consideração outros fatores como idade, sexo, rotina de trabalho, atividades, doenças anteriores, etc., o que faz com que a decisão seja tomada em função dos parâmetros estabelecidos para o efeito no Decreto 1.507 de 2014, os quais são administrados por meio de alguns padronizados tabelas, onde os parâmetros são expostos para qualificar se a condição é considerada leve, moderada, grave ou muito grave, tudo em conjunto com o Gerente de Risco Ocupacional (ARL), a empresa e o funcionário.

Concluiu-se que na Colômbia o método para qualificar a perda de capacidade de trabalho é misto, pois se utiliza a combinação de conceitos e tabelas parametrizadas, estabelecidas pelo referido Decreto. Por fim, a qualificação da condição do cotovelo deve ser estabelecida em conjunto com a funcionalidade do antebraço, uma vez que os órgãos deste estão fixados ao cotovelo.

Palavras-chave: Cotovelo, considerações clínicas, capacidade para o trabalho, patologias, Decreto 1507

I. INTRODUCCIÓN

El codo es una articulación expuesta a innumerables lesiones como consecuencia de traumatismos agudos, sobrecarga o tensión crónica persistente⁽¹⁾. Así mismo existen patologías que lo afectan como 1) lesiones articulares, entre ellas afecciones agudas, las cuales muestran generalmente traumatismos como esguinces, luxaciones o fracturas y afecciones subagudas y crónicas dentro de las cuales se mencionan la osteocondritis disecante del codo, la artrosis del codo y la osteocondromatosis del codo; afecciones inflamatorias como artritis (infecciosa, séptica, tumor blanco del codo), artropatías nerviosas, aunque no son muy frecuentes y 2) las lesiones periarticulares: bursitis olecraniana, epitrocleitis (codo de golf), epicondilitis (codo de tenis) (Ricard, 1981)

Por otro lado, las lesiones de codo pueden deberse a causas directas como lesiones posturales, torsiones forzadas del antebrazo, choque directo sobre el codo, movimiento violento sin control muscular o causas indirectas como problemas cervicales, lesión de hombro que involucra al codo, o lesión de la muñeca que repercute en el codo (Ricard, 1981)

Otros autores consideran como elementos causales en el área laboral, los factores de carga como repetición en actividades laborales donde es necesario hacer

flexión y extensión, pronación y supinación cíclica del codo y extender y flexionar la muñeca, la fuerza o realización de trabajo extenuante y la postura son los que involucran las lesiones del codo. (Ricard, 1981)

Este tipo de lesiones son conocidas como trastornos músculo esqueléticos, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, éstos además de reducir la movilidad y destreza llevan a la persona a retirarse del trabajo anticipadamente, de igual forma representan un costo social y sanitario alto y son causa principal de pérdida de productividad laboral. (Ricard, 1981)

En Colombia, el Ministerio de Trabajo llevó a cabo la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, ha mencionado las lesiones de tipo músculo – esquelético como las primeras causas de morbilidad profesional, las cuales representaron aproximadamente el 90% de las enfermedades laborales reportadas para el 2013, destacándose la tendinitis en hombros, codos y manos, síndrome del túnel del carpo y dolores de espalda (Ricard, 1981).

En cuanto a la lesión de codo específicamente, algunos autores manifiestan que en el caso de desórdenes músculo esqueléticos, la lesión de codo más frecuente es la epicondilitis, encontrando en su

investigación, un 10,1% de los casos (55% mujeres y 45% hombres en 814 casos), representando en el 11,9% de los casos pérdida de capacidad laboral, considerándose como la afección en miembros superiores que genera mayor impacto funcional, ya que el codo funciona como una especie de bisagra o unión entre el brazo y el antebrazo (Ricard, 1981)

En este sentido, el codo, por ser una articulación que permite incrementar o disminuir la distancia de la mano al cuerpo, llevar la mano a la boca para tomar alimentos, ser la curva universal del miembro superior, representar una zona vibratoria importante entre el hombro y la muñeca; hace que las lesiones sufridas por esta articulación disminuyan la funcionalidad de los miembros superiores que de ella dependen (Ricard, 1981).

En consecuencia, cuando las lesiones del codo son persistentes de tal forma que limiten la capacidad laboral, existen condiciones o requisitos tanto clínicos como legales, necesarios para determinar si la lesión presentada ha disminuido o no su capacidad de trabajo, por lo tanto, se plantea determinar en este artículo cuáles son las consideraciones clínicas para calificación de capacidad laboral por lesión de codo.

II. MATERIALES Y MÉTODO

El presente artículo se llevó a cabo con un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, puesto que parte de una realidad que busca la comprensión de información que permitan la descripción de conceptos y datos teóricos.

El método utilizado es el análisis documental, consultando diferentes fuentes secundarias en repositorios de diversas universidades, páginas científicas, libros, etc., a través de un procedimiento analítico-sintético, se logró una extracción informativa que permitió el cumplimiento del objetivo.

III. RESULTADOS

El codo como articulación ayuda al hombro en aplicación de fuerzas y controlar el movimiento de la mano. El codo se constituye por tres articulaciones: la húmero cubital; la húmero radial y la radiocubital proximal (Hernangómez, 2012), como se muestra en la siguiente figura:



Figura 1. Complejo articular del codo: articulaciones húmero cubital (a); húmero radial (b) y radiocubital proximal (c)

Fuente: Angulo Carrere, Ma Teresa; Alvarez Méndez, Ana; Fuentes Peñaranda, Yolanda. Biomecánica de la Extremidad Superior Exploración del Codo. Reduca

(Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Biomecánica clínica. 3 (4): 82-103, 2011, p. 83. Disponible en Internet: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/753/769>

El principal movimiento del codo es la flexo – extensión, ayudando en el movimiento de pronosupinación del antebrazo de manera pasiva.

El codo por ser la articulación que actúa como sostén, posicionador y estabilizador del brazo frecuentemente puede presentar traumatismos que causan dolor y se convierten en incapacitantes en el movimiento y la función. Como estructura músculo esquelética puede sufrir algunas patologías, las cuales para ser diagnosticadas y valorarlas como incapacitantes el médico deben llevar a cabo algunas pruebas, que le permiten identificar la lesión correspondiente (Hernangómez, 2012).

El médico que hace la evaluación también tiene presente aspectos como edad, sexo, profesión o actividades desarrolladas frecuentemente por el paciente, indagando sobre el inicio de síntomas dolorosos, localización, frecuencia y posibles factores desencadenantes (Ricard, 1981).

Los síntomas de las afecciones del codo pueden variar entre ardor o dolor, rigidez, incapacidad para doblarlo, estirarlo o retorcerlo por completo,

especialmente cuando adopta determinada posición (Ignacio González Gómez, 2011)

En otros casos, cuando las estructuras neuromusculoesqueléticas se encuentran dañadas los síntomas pueden ser dificultad o imposibilidad de agarrar objetos con firmeza, enderezar el codo por completo o rigidez matutina del codo (Ignacio González Gómez, 2011)

De esta manera las pruebas clínicas más importantes para determinar la funcionalidad del codo son las siguientes:

La prueba del esfuerzo en varo: examina la integridad del ligamento lateral externo del codo. En ella el paciente coloca en supinación el antebrazo y el codo en flexión de 2°. Al realizar manualmente un varo forzado del codo, apoyando una mano en la cara medial del brazo empujando hacia afuera y la otra en la lateral del antebrazo empujando hacia adentro, este ejercicio crea un movimiento distensor del ligamento lateral externo, se considera maniobra positiva si aparece dolor o demasiado bostezo articular en la cara lateral del codo, diagnosticando insuficiencia o lesión del ligamento lateral externo (Hernangómez, 2012).



Figura 2. Prueba del esfuerzo en varo para evaluar la función del ligamento lateral externo

Fuente: Angulo Carrere, et al. Op cit

La Prueba del Esfuerzo en Valgo: se realiza para evaluar la estabilidad medial del codo, si presenta insuficiencia o daño del ligamento lateral interno. El paciente debe colocar el antebrazo en supinación y el codo flexionado 20°. El médico debe realizar un valgo forzado de la articulación, colocando una mano sobre la cara lateral del brazo, empujando hacia medial y otra sobre la medial del antebrazo, empujando hacia lateral. Cuando aparece dolor o se observa demasiado bostezo articular de la cara medial del codo, se considera positiva la prueba (Hernangómez, 2012).



Figura 3. Prueba del esfuerzo en valgo para evaluar la función del ligamento lateral interno del codo

Fuente: Angulo Carrere, et al. Op cit

Finalmente, para valorar la presencia de epicondilitis o lesión por sobresolicitación del músculo epicondileo, que es el tendón común a todos los extensores, se pueden realizar dos pruebas

Prueba de la silla o “chair-test”: Esta prueba se hace con el paciente en posición de codo extendido y pronación del antebrazo; al cual se le pide levantar una silla, asiéndola por el respaldo con el brazo afectado, mientras su antebrazo se mantiene en pronación. Si al realizar dicha actividad aparece dolor en la zona epicondilea, la prueba es positiva (Hernangómez, 2012).



Figura 4. Prueba de la silla para evaluar la epicondilitis de codo

Fuente: Angulo Carrere, et al. Op cit

Prueba del signo del codo de tenista: Evalúa la epicondilitis lateral. Se hace cuando el paciente tiene el codo en flexión, la muñeca en flexión con el puño cerrado y el antebrazo en pronación, así debe hacer un movimiento de extensión de la muñeca contra la resistencia del explorador, el médico por otro lado fija

el codo con la otra mano apoyando el pulgar sobre el epicondilo. Si aparece dolor en la zona epicondilea al realizar la actividad la prueba resulta positiva (Ignacio González Gómez, 2011).

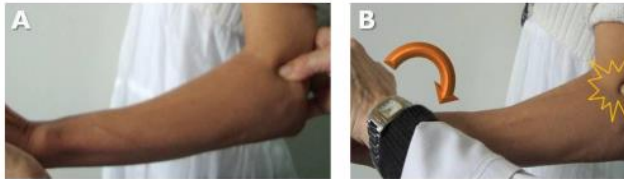


Figura 5. Signo del codo de tenista para evaluar la epicondilitis

Fuente: Angulo Carrere, et al. Op cit

Prueba signo del codo del golfista: Con el codo en flexión y antebrazo en supinación el paciente debe realizar un movimiento de flexión de la muñeca contra resistencia, el médico apoya sus dedos sobre la epitroclea con la otra mano. Si al realizar movimiento aparece dolor súbito en el área epitrocLEAR es positiva la prueba (Hernangómez, 2012).

Una vez evaluadas las patologías y establecidas las causas clínicas, para determinar la pérdida de capacidad laboral por esta causa, se debe tener en cuenta:

Para establecer la PCL, se determina primero el origen de la patología, si es pertinente se lleva a cabo la rehabilitación y luego se procede a calificar la pérdida de capacidad laboral.

En la determinación del origen de la enfermedad se

realizan procedimientos para declarar y calificar formalmente el origen de la misma, donde se indica si es una enfermedad laboral (accidente de trabajo o enfermedad laboral) o no laboral (entidad común), clasificación que sirve para acceder a las prestaciones asistenciales y a las prestaciones económicas. En este proceso intervienen la empresa, el trabajador, la EPS, la IPS, la ARL, y el médico tratante (Ricard, 1981).

En este sentido, para clasificar el origen de la patología existen diferentes métodos, aunque en Colombia se utiliza únicamente uno de ellos que es el mixto:

Sistema cerrado: en el cual se determina la patología con base en unas tablas de enfermedad laboral (Decreto 1477 de 2014), que son reconocidas si se comportan de acuerdo con las condiciones definidas en dicha tabla (Ministerio de la Protección Social, 2014).

Sistema abierto: se da una definición general sobre lo que se considera enfermedad laboral y toda patología que cumpla los requisitos descritos en dicha definición se reconoce como enfermedad laboral (Ministerio de la Protección Social, 2014).

Las enfermedades que no se describan en las tablas pero logre demostrar una relación causal con el trabajo

de acuerdo a la norma que se aplique, se reconoce como enfermedad laboral (Ministerio de la Protección Social, 2014).

Sistema Mixto: Es la combinación de los dos anteriores, existe una tabla de presuntas enfermedades laborales y además una definición. A todas aquellas que no están descritas en la primera pero se les logra demostrar el nexo causal con el trabajo según la normatividad aplicable, serán reconocidas como enfermedad laboral. En Colombia se utiliza este método para calificación de enfermedades laborales (Ministerio de la Protección Social, 2014).

En este orden de ideas, la pérdida de capacidad laboral se define como la disminución del grado de capacidad para ejercer su labor por parte del trabajador. En Colombia se establece ésta como un porcentaje obtenido aplicando el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral, de acuerdo con la patología definida en el Decreto 1507 de 2014.

En Colombia, para determinar la pérdida de capacidad laboral (PCL), se realiza primero la calificación de origen, que es un proceso donde se determina si lo que llevó a accidente, enfermedad o la muerte en algunos casos tuvo su origen en razones

laborales o se trató de una enfermedad común, es decir, ocurrido por motivos no relacionadas con el trabajo desempeñado. Entonces para llevar al concepto de PCL el equipo multidisciplinario califica la patología (ARP, Junta Regional y Nacional de Calificación de Invalidez), se hace a través del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, donde se establece un porcentaje para establecer la pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con la lesión encontrada (Ministerio de la Protección Social, 2014).

En consecuencia, se establece a través del Decreto 1507 de 2014, una metodología para estipular el grado de pérdida de capacidad laboral (PCL), de acuerdo a las diferentes patologías analizadas, para el caso que ocupa este artículo, el enfoque es las lesiones de codo, se establecen en el numeral 14 del Anexo del decreto mencionado.

Sin embargo, a nivel general, la estructura de las tablas para la calificación de las deficiencias y determinación de la PCL, es genérica. Esta contiene los siguientes elementos:

- a) Clase de deficiencia: contiene de tres a cinco columnas o clases enumeradas de 0 a 4

b) Porcentaje de deficiencia: A cada clase de deficiencia se asignan valores porcentuales de 0 a 100%

c) Criterios de deficiencia:

- Historial clínico
- Examen físico
- Resultados de pruebas objetivas
- Antecedentes funcionales o evaluación

(Ministerio de la Protección Social, 2014)

A continuación se muestra un modelo genérico de tabla para clasificar las deficiencias.

Tabla 1. Modelo genérico para las tablas de calificación de las deficiencias

Clase funcional	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 3
Valoración de la deficiencia (%)	0	Mínima %	Moderada %	Severa %	Muy severa %
Grado de severidad		(A B C D E)	(A B C D E)	(A B C D E)	(A B C D E)
Historial clínico ^a	Sin síntomas en la actualidad y/o con síntomas intermitentes que no requieren tratamiento	Síntomas controlados con tratamiento continuo o síntomas intermitentes leves pese a tratamiento continuo	Síntomas constantes leves pese a tratamiento continuo o síntomas intermitentes moderados pese a tratamiento continuo	Síntomas constantes moderados pese a tratamiento continuo o síntomas intermitentes severos pese a tratamiento continuo	Síntomas constantes severos pese a tratamiento continuo o síntomas intermitentes muy severos pese a tratamiento continuo
Examen físico o hallazgos físicos ^b	Sin signos de enfermedad en la actualidad	Sin hallazgos físicos con tratamiento continuo o hallazgos físicos leves que ocurren de forma intermitente	Hallazgos físicos leves de forma constante, pese a tratamiento continuo o hallazgos físicos moderados que ocurren de forma intermitente.	Hallazgos físicos moderados que ocurren de forma constante, pese a tratamiento continuo o hallazgos físicos severos que ocurren de forma intermitente.	Hallazgos físicos severos que ocurren de forma constante pese a tratamiento continuo o hallazgos físicos muy severos que ocurren de forma intermitente.
Estudios clínicos o resultados de pruebas objetivas ^c	Normales en la actualidad	Consistentemente normales con tratamiento continuo o anomalidades leves e intermitentes	Anormalidades leves persistentes pese a tratamiento continuo o anomalidades moderadas intermitentes	Anormalidades moderadas persistentes pese a tratamiento continuo o anomalidades severas intermitentes	Anormalidades severas persistentes pese a tratamiento continuo o anomalidades muy severas intermitentes.

a b Los descriptores leve, moderado, severo y muy severo serán específicos para la enfermedad.

c Los descriptores serán los específicos de la enfermedad y se basarán en el número de anomalidades encontradas.

Fuente: Ministerio de Trabajo. Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014 Bogotá, D. C., 2014. Disponible en Internet: <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/51963/Manual+Unico+de+Calificaciones+Decreto.pdf/7d224908-ef78-1b90-0255-f62a3e409e4c>

En el Capítulo XIV del Anexo del Decreto 1507 de 2014 se dan las pautas para calificar la deficiencia por alteración de extremidades superiores e inferiores. Dentro de los criterios para evaluar las extremidades superiores e inferiores se define en primer término el rango de movimiento de la articulación como factor único para establecer valores de deficiencia general. Dicho rango tiene que ver con los ejes de movimiento de la articulación, teniendo en cuenta para su calificación los pasivos medios a través de goniometría (Ministerio de la Protección Social, 2014).

Se tiene en cuenta que la pérdida de funcionalidad de la articulación puede estar dada por la limitación en el movimiento debido a lesión, dolor, anquilosis, deformidades, amputaciones o coexistencia de dos o más de estos factores. Cuando hay daño en varios ejes, los criterios a tener en cuenta son:

En la deficiencia por pérdida de los rangos de movimiento articular, determinados por goniometría de superficies, dichas mediciones se aproximan al entero más cercano terminado en 0. Ejemplo, no registrar 31° sino 30° o 18 sino 20° (Suarez Moya & Díaz Ruiz, 2012)

Mediciones clínicas del movimiento para obtener la

calificación de la deficiencia: La posición neutral de una articulación es cero grados. Por tanto, el arco de movimiento es el número total de grados recorridos entre las dos posiciones de los extremos del desplazamiento en un determinado eje del movimiento. En el evento de que una articulación tenga más de un eje de movimiento, cada uno de éstos se llama unidad de movimiento, ejemplo el movimiento de la muñeca tiene dos unidades: flexión / extensión y supinación/pronación, asignando a cada eje por separado una posición funcional. Ejemplo, la posición funcional del codo es considerada como 80° flexión (Ministerio de la Protección Social, 2014).

Al evaluar los movimientos el examinador analiza tanto el movimiento activo o voluntario como el pasivo, comparando los resultados observados con otros documentados, de esta forma se encamina a establecer la confiabilidad de las mediciones (Ministerio de la Protección Social, 2014).

Para calificar el rango del movimiento articular se hace a través de los criterios establecidos en las tablas, donde cada una ofrece una pérdida de rango de movimiento en grados, posicionando la persona en una clase de grado de deficiencia, que a la vez provee un porcentaje (Ministerio de la Protección Social, 2014).

Para calificar la deficiencia por pérdida de arcos de movilidad del codo, debido a que éste tiene dos unidades de movimiento funcionales que son flexión/extensión y pronación/supinación, se suman las deficiencias globales resultantes de cada unidad

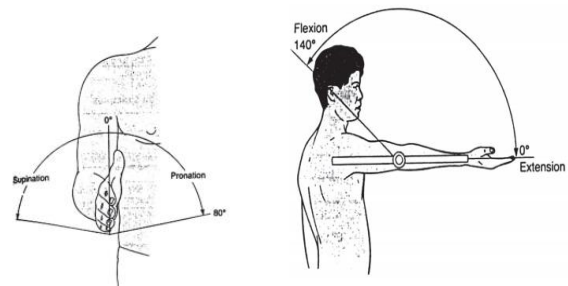


Figura 6. Unidades de movimiento del codo: pronación y supinación antebrazo y flexión y extensión del codo

Fuente: Ministerio de Trabajo. Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014 Bogotá, D. C., 2014. Disponible en Internet: <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/51963/Manual+Unico+de+Calificaciones+Decreto.pdf/7d224908-ef78-1b90-0255-f62a3e409e4c>

Por lo tanto, teniendo en cuenta que los principales músculos controladores de las funciones de pronación y supinación del antebrazo se encuentran unidos alrededor del codo, las deficiencias de éstas se atribuyen al codo. Lo anterior aplica inclusive si la pérdida de rotación del antebrazo es causada por afectación de la muñeca dejando el codo intacto. De igual forma, en el caso de anquilosis, se toma el valor

de la unidad más comprometida con el valor único de la deficiencia para codo. Por otro lado, al haber compromiso de restricción del movimiento en ambas unidades, las sumas de ellas no deben ser superior al valor de la deficiencia global por anquilosis (Ministerio de la Protección Social, 2014).

En este sentido, la tabla para determinar la deficiencia por disminución de los rangos de movilidad del codo / antebrazo es la siguiente:

Tabla 2. Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad del codo / antebrazo

Clase funcional	Grado			
	0	1	2	3
	Normal	Leve	Moderado	Severo
Articulación	CODO: Flexo extensión - representa el 60% de la deficiencia del codo			
Flexión	° grados de movilidad	> o igual a 140° 110° a 130° 70° a 100°	60° a 20°	< o igual a 10°
	% Deficiencia global	0%	5%	23%
	° grados de movilidad	0°	10° a 40° 50° a 60°	> o igual a 90°
	% Deficiencia global	0%	2%	18%
Articulación	ANTEBRAZO - Pronación supinación - representa el 40% de la deficiencia del codo			
Pronación	° grados de movilidad	> o igual a 80°	40° a 20°	< o igual a 10°
	% Deficiencia global	0%	1%	6%
	° grados de movilidad	> o igual a 70°	40° a 20°	< o igual a 10°
	% Deficiencia global	0%	2%	12%
Supinación	° grados de movilidad	> o igual a 70°	40° a 20°	< o igual a 10°
	% Deficiencia global	0%	2%	12%
	° grados de movilidad	> o igual a 70°	40° a 20°	< o igual a 10°
	% Deficiencia global	0%	2%	12%
Muy severo (Anquilosis)	° grados de movilidad	> o igual a 70°	40° a 20°	< o igual a 10°
	% Deficiencia global	0%	2%	12%
	° grados de movilidad	> o igual a 70°	40° a 20°	< o igual a 10°
	% Deficiencia global	0%	2%	12%

Fuente: Mintrabajo, Op cit.

IV. DISCUSIÓN

El codo es una articulación que sirve de sostén, posicionador y estabilizador del miembro superior, cuyo principal movimiento es la flexo extensión, por lo tanto es sumamente importante para las funciones de dicho miembro; por tanto, tanto González como

Méndez, consideran que al estar afectado el codo, el movimiento de los brazos puede resultar disminuido y convertirse en incapacitante (Ignacio González Gómez, 2011; Suarez Moya & Díaz Ruiz, 2012); razón por la cual es importante hacer un diagnóstico acertado y a tiempo si surge alguna molestia en esta articulación.

Las causas de las patologías del codo son diversas, no solo provienen de lesiones comunes o adquiridas en actividades de la vida diaria sino también de causas laborales. En este sentido, Ricart, et al consideró que las causas por las que pueden surgir pueden ser directas provenientes de lesiones posturales, tensiones forzadas del antebrazo, choques, movimientos violentos o causas indirectas como lesiones de hombro o las que involucran la muñeca (Ricard, 1981); por su parte Gómez, considera como causa para lesiones o patologías de codo la repetición continua de actividades donde se necesita hacer flexión y extensión tanto del codo como de la muñeca, la postura y el trabajo extenuante (Fernando Gómez-Vélez & Augusto Montoya-Molina, 2012).

En esta investigación se evidenció que sin importar el origen de la lesión del codo, bien sea causa común o causa laboral, el codo es una articulación supremamente importante para la funcionalidad de los miembros superiores, por lo tanto, cualquier tipo de

patología que lo aqueje tiende a convertirse en un problema limitante de la función del brazo y a disminuir la capacidad laboral del individuo.

Las consideraciones clínicas para determinar la pérdida de capacidad laboral por patologías de codo se utiliza el método mixto, sustentado en una serie de pruebas que establecen la gravedad o discapacidad de la articulación, donde el médico es quien determina el grado de la lesión y a través de las tablas suministradas por el Ministerio de Trabajo se define si hay pérdida o no.

Por otro lado, aunque según Méndez, existen diversos métodos para evaluar la pérdida de capacidad laboral como es el abierto, donde se da una definición general de la patología, observando que ésta cumpla con los requisitos establecidos en dicha definición; el sistema cerrado, se establece mediante unas tablas con determinados rangos y al hacer las pruebas se comparan con dichos rangos y el sistema mixto, donde se combinan los dos anteriores, en Colombia solo se utiliza éste último (Ministerio de la Protección Social, 2014). En este procedimiento, se puede decir que es con base en el Decreto 1507 de 2014, que se determina la gravedad de la patología y mediante una Junta Médica donde participan el médico tratante, la ARL (Administradora de Riesgos

Laborales), el trabajador y la empresa, se determina si hay necesidad de declarar pérdida de incapacidad laboral o no.

Al respecto es necesario mencionar que para evaluar la pérdida de capacidad laboral por lesiones de codo, el Ministerio del Trabajo establece que se deben tener en cuenta los movimientos del antebrazo, porque sus órganos van adheridos al codo, por lo tanto, la funcionalidad del codo representan el 60% y el del antebrazo el 40% para sumar un 100% y hacer una valoración global (Suarez Moya & Díaz Ruiz, 2012); razón por la cual la valoración no solo se realiza sobre la articulación del codo sino que incluye el antebrazo, además de tener presente aspectos como edad, sexo, profesión o actividades desarrolladas frecuentemente por el paciente, indagando sobre el inicio de síntomas dolorosos, localización, frecuencia y posibles factores desencadenantes (Suarez Moya & Díaz Ruiz, 2012).

A MODO DE CONCLUSIÓN

El codo es una articulación que funciona a manera de palanca para estabilizar los miembros superiores, además de ser importantes para el cuerpo porque permite la movilidad de la mano en el proceso de alimentación, sin embargo, puede verse afectado por diversas razones, entre ellas traumatismos que afectan

la muñeca o el hombro, ocasionando una enfermedad incapacitante, que debilita o limita la funcionalidad de los brazos y por ende en ocasiones la pérdida de capacidad laboral del individuo.

De acuerdo a lo anterior, se observa que para establecer la pérdida de capacidad laboral de un individuo por lesiones de codo, se hace necesario pasar por una serie de pruebas y evaluaciones para dar un diagnóstico acertado, además de comparar los síntomas con lo establecido en los requisitos de las tablas del Ministerio de Trabajo, donde intervienen varias instancias, entre ellas la ARL, la empresa y el médico tratante, con lo que se puede decir que la última palabra para establecer la PCL la tiene el médico tratante, aunque el paciente sea quien experimente las molestias causadas por las patologías, además de que al evaluar el codo se hace junto con la funcionalidad del antebrazo, por lo que es necesario que la evaluación se haga de manera imparcial y teniendo en cuenta otras variables como la carga de trabajo, la edad, el género, la recurrencia de la enfermedad, el dolor y por supuesto el nivel de actividad o trabajo al que está expuesta la persona.

Finalmente, es necesario mencionar que en la elaboración de este documento la consecución de información no fue muy fácil, debido a que la mayoría

de estudios se relacionan con otras articulaciones de las extremidades superiores como las patologías de túnel carpiano y del manguito rotador por ser consideradas como las principales afecciones musculo esqueléticas y las de mayor relevancia a nivel laboral.

V. REFERENCIAS

- Kashiwaguchi, S; Takaaki, I. Capítulo X. Sección IV. Lesiones del codo en atletas lanzadores, con inclusión de la inestabilidad y las lesiones Osteocondrales / condrales. En: Fitzgerald, RH.; Kaufner, H; Malkani, AL. Ortopedia Tomo I. 2004. Editorial Médica Panamericana
- Fernando Gómez-Vélez, D., & Augusto Montoya-Molina, F. (2012). Epicondilitis y Factores de Riesgo: Una Revisión de la Literatura. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 2(4).
- Hernangómez, N. (2012). Reduca. Enfermería, fisioterapia, podología. In *Reduca* (Vol. 4, Issue 1).
- Ignacio González Gómez. (2011). *Exploración física y pruebas clínicas para patología de codo*. Efisioterapia.
- Ministerio de la Protección Social. (2014). Manual Único para la Calificación de Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Decreto 1507 de 2014. *Colombia*.
- Ricard, S. (1981). Tratado de osteopatía. *Tratado de Osteopatía*, 53(9).
- Suarez Moya, A. M., & Díaz Ruiz, J. A. (2012). Análisis de la calificación de pérdida de capacidad laboral por desordenes musculoesqueléticos en miembro superior en una administradora de riesgos profesionales colombiana en el año 2008. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22(1).