

paciente estará acostado sobre su espalda.

Es preferible que el hueso fracturado sea protegido por dos tablillas - forradas.

En caso de fractura del antebrazo, una vez inmovilizado debe usar también un cabestrillo amplio.

En todas las fracturas debe darse apoyo excepto a las del omóplato, cráneo, nariz, mandíbulas superiores e inferior, costillas caderas y clavículas, que necesitan otro tipo de inmovilización.

Si hay fracturas y hemorragia coloque el torniquete listo para usarse, antes de colocar las férulas o tablillas, por si se hace necesario su uso (que será en última instancia).

Procure usar apósitos o gasas estériles o lo más limpias que se pueda - sobre las heridas antes de vendar.

No se debe atar nudos sobre heridas, ni en ningún lugar donde se sospeche que hay fracturas.

Siempre debe recurrirse al médico si hay un traumatismo fuerte, que nos haga sospechar de una fractura.

Tablillas:

Al hacer una tablilla debe utilizarse material rígido o semirígido, debe ser largo para inmovilizar las articulaciones vecinas. Pero deben de acoginarse para no maltratar o agravar la lesión y de ser posible del - ancho del miembro inmovilizado.

Acogíñese bien las tablillas con algún material suave, en la parte interior y en los extremos que estén en contacto con el cuerpo, acogíñese más los espacios huecos como los de las rodillas, tobillos y las muñecas

Puede usarse pedazos de madera, cartón grueso, bastones, paraguas, revistas, periódicas y en caso de fracturas de las piernas se puede utilizar la pierna sana para inmovilizar la lesionada, uniendo ambas con pañuelos triangulares a la altura del muslo, rodillas y tibia.

Heridas:

La principal atención en las heridas es la asepsia.

Siempre que sea necesario se afeitarán los bordes de las heridas y unas zonas continuas prudenciales, se desinfectará también la herida, especialmente los bordes, preferentemente con merthiolate; otro desinfectante - enérgico a base de alcohol, lo haremos solamente superficialmente, pues irritan los tejidos.

Si la herida es de importancia tal, que merezca la aplicación de suturas puesto que las heridas tienen un intervalo de seis a ocho horas máximo - 24 horas para ser suturadas salvo en el caso en que la hemorragia sea -- muy fuerte y que quiera sutura inmediata.

En las heridas hay que tener en cuenta las hemorragias:

Cuando en una herida abierta, la sangre mana suavemente y en forma de - sábanas o en capa, es señal de que sólo existe rotura de pequeños vasos o venas; basta desinfectar y aplicar un vendaje compensivo para que ceda la hemorragia. Cuando la hemorragia tiene lugar a chorros o borbotones, revela la herida de una arteria, si el chorro es intermitente, o vena - gruesa si es continua. Si mana poca sangre, trataremos la herida como - una hemorragia en sábanas, o sea desinfección y vendaje compensivo. Si la hemorragia es intensa y mana mucha sangre, es que ha tenido lugar la rotura de una arteria grande. Es entonces indispensable aplicar el llamado torniquete a base de un hule grueso, un trapo, cuerda etc., aplicado a la raíz del miembro herido.

El torniquete tiene un tiempo máximo de aplicación, que es de dos horas, tiempo que no influye para el posterior funcionamiento del miembro lesionado. Si para trasladar el herido hasta la primera clínica o puesto socorro con médico, precisará de más tiempo, lo que se hará será aflojar el torniquete, aún a costa de que exista hemorragia, para que el miembro lesionado reciba sangre de las venas arterias que lo irrigan, y pasado un tiempo de unos minutos, volver a aplicar el torniquete.

Traumatismo más importante que los anteriores son las luxaciones y las fracturas.

Se llama luxación cuando los huesos salen de su sitio habitual al nivel

de una articulación. Su sintomatología no ofrece duda alguna, pues es algo muy evidente. Las luxaciones no deben ser tratadas de ningún modo ni de ninguna forma

no debe tocarse al lesionado intentando poner de nuevo los huesos en su posición normal, pues la inexperiencia puede provocar lesión muchísimo más importante a los tejidos y bolsas o cápsulas articulares. Ha de inmovilizarse y poner al lesionado inmediatamente en manos del médico para la debida reducción.

Las fracturas, al igual que las luxaciones se notan y diagnostican inmediatamente, tanto por el dolor del lesionado, por la forma de producirse inclusive, como por el simple aspecto de la lesión.

Las fracturas son lesiones que exigen inmediatamente el cuidado de un médico. Son muchos los casos de fracturas que por manejos indebidos e ignorantes se han convertido en fracturas abiertas o expuestas, y por lo tanto más graves, cuando inicialmente eran sólo fracturas cerradas.

En los casos de fracturas únicamente debe conocerse la forma de trasladar al herido, para evitarle todo el dolor que sea posible y la manera conveniente para no hacer una lesión mayor de la que existe.

A un supuesto lesionado de columna vertebral, jamás lo trasladaremos cogiéndolo por los pies y por las manos, pues el arco que formaría su cuerpo, produce una compresión de la médula espinal, y la posible lesión de la misma, que representa un serio y un grave peligro para el accidentado. La mejor manera es colocando el herido boca abajo, entrecruzando las manos de varias asistentes, para que el cuerpo sufra lo más pequeños movimientos y arqueos posibles.

Si la fractura es de un miembro superior, se atenderá al herido de acuerdo con la gravedad del accidente y teniendo a la fractura el transporte con la ayuda de los asistentes, o uno sólo si tiene cierta habilidad. Otra asistente, puede facilitar apoyo al herido, si es que su estado general

lo exige, para evitar que por un mareo pueda caerse. Hay que efectuar una inmovilización provisional por medio de tablillas de madera y vendaje.

Si la fractura es de miembro inferiores; fémur, tibia, peroné o tibia y peroné, el transporte del lesionado precisa como mínimo cuatro personas, dos personas que cruzándose las manos agarrándose las muñecas hayan lo que se llama la "silla reina", otra persona para aguantarle el cuerpo y una cuarta persona para atender el miembro lesionado, actuando tal como ya se ha dicho para las fracturas de miembros superiores.

Si el campo dispone de botiquín completo, hacer un entablillado por debajo de la fractura y por los lados; este entablillado comprenderá las dos articulaciones contiguas al sitio de la fractura.

Si el botiquín no dispone de lo necesario el entablillado puede improvisarse con maderas, cañas, paraguas, bastones, cartones fuertes, etc., algodón y vendas.

TRATAMIENTO:

Para obtener los mejores resultados en el tratamiento de las fracturas hay que seguir los siguientes tres fundamentos:

- a) El objetivo primordial del tratamiento es asegurar la consolidación, como bien sabemos la función de las articulaciones y las partes blandas adyacentes que dependen de ello;
- b) Los resultados funcionales son proporcionales a la posición de los huesos, ligeras variaciones son tolerables, aunque éste límite es pequeño sobre todo en fracturas de trazo articular o en la proximidad de las mismas, y
- c) Es menester iniciar una movilización temprana de las articulaciones y partes blandas adyacentes para obtener la pronta recuperación de la función de todo el miembro.

Algunas veces interviene un cuarto factor que es la recuperación de la irrigación del o los fragmentos fracturados.

Básicamente hay dos maneras de tratar una fractura, ya sea de manera con

servadora o quirúrgica. La elección del método dependerá del criterio y conocimientos así como de la experiencia del ortopedista, de los medios con que cuenta para efectuar dicho tratamiento.

Esencialmente, se tratará conservadoramente toda fractura en niños, las fracturas en adultos no desplazadas o de trazo transversal diafisario, las fracturas incompletas.

Serán tributarios de tratamiento quirúrgico las fracturas de trozo articular, las fracturas de arrancamiento, las fracturas de rótula, olécranon, espina tibial, huesos del antebrazo en adultos, inestable y toda fractura expuesta grado II y III.

Sin embargo, cada caso necesita una evaluación detenida para decidir el mejor tratamiento a seguir, nunca en medicina se pueden establecer patrones definidos de tratamiento.

7.1 GENERALIDADES SOBRE LUXACIONES

Toda vez que a causa de una fuerza externa se pierda la relación entre las superficies articulares de una articulación: es una luxación, esta puede acompañarse además de fractura y hablaremos entonces de una fractura luxación o de luxofractura.

Cuando existe una luxación hay además de la pérdida de relación de las superficies articulares, lesión de los ligamentos encargados de mantener la estabilidad de la articulación y de la cápsula articular, es obligatorio investigar el grado de lesión para su reparación si es posible.

La reducción de una luxación debe hacerse lo más rápidamente posible, porque algunas veces hay además compresiones de nervios y angulaciones de arterias y venas que complicarían el pronóstico.

Aunque la luxación debe reducirse siempre lo más pronto posible debe ser hecha por un experto, que no produzca un daño adicional a los tejidos blandos ya previamente lesionados; debemos saber que siempre una luxación será el resultado de un trauma intenso y la mayoría de las veces

asociado a fracturas, que por la misma deformidad pasan desapercibidas por lo que siempre debemos contar con un estudio radiográfico previo - de ser posible o si no tomarlo despues de la reducción.

Con frecuencia ocurre hemorragia considerable, que puede causar miositis osificante, el trastorno circulatorio del hueso y tejidos blandos produce a veces necrosis óseo e incapacidad permanente.

En ocasiones los fragmentos fracturados penetran en la articulación e -- impiden la reducción, en estos casos es necesario efectuar una intervención quirúrgica, igual si la interposición es de la cápsula o un ligamento o tendón.

Algunas luxaciones se deben a un proceso infeccioso articular, otras a -- una parálisis cerebral, a secuelas de polio, etc. Sin embargo, nos limitaremos a las producidas por violencias.

LUXACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR:

HOMBRO:

La luxación de hombro suele ser anterior, aunque hay también posterior, inferior y muy raras veces superior.

Siempre que esté ante una luxación de hombro antes de reducirse tómese radiografía y hágase una exploración neurológica previa a la reducción, porque a menudo hay fractura asociada y lesión del nervio circunflejo, revisando la contracción del deltoides.

El restablecimiento del contorno normal del hombro y la movilidad sin - limitación indica éxito de la reducción. Una vez reducida la luxación - debe mantenerse inmovilizado por un mínimo de 21 días siempre y cuando sea el primer episodio, en los casos de luxación a repetición del mismo hombro (recidivante) el tratamiento será quirúrgico.

Luxación ACROMIOCLAVICULAR: La integridad de esta articulación depende de la integridad de los ligamentos en etapa reciente se puede intentar la reducción abierta y reparación de los ligamentos, aunque si se trata de subluxación se intentará con esparadrapo.

CODO:

Es frecuente en niños y adolescentes por la falta de desarrollo de la apófisis coronoides, la más común es posterior, suele resultar de la caída sobre la mano con el codo de flexión; antes de la reducción debe hacerse una exploración clínica cuidadosa y mejor tomar radiografías -- comparativas de codo, si es niño, se reduce con tracción progresiva cuidadosa en extensión y luego flexión, se inmoviliza con canal posterior de yeso a 90, se comprueba el pulso distal, dejándose inmovilizado de dos a tres semanas según el grado de tumefacción, iniciando rehabilitación, la mayoría de las veces hay disminución de los arcos de movilidad sobre todo de la extensión.

MUÑECA:

Aparte del escafoides los huesos del carpo raramente se fracturan, pero es común la luxación del semilunar, este hueso y el escafoides constituyen la unión del radio con la mano, esta luxación suele ser el resultado de una hiperextensión, al caer sobre la mano en dorsiflexión; un signo frecuente es el hormigueo en la zona del mediano por compresión de éste, es indispensable hacer la reducción sin tardanza haciendo dorsiflexión, tracción y flexión, ayudado por un cepo japonés.

Se inmoviliza por un mínimo de 3 semanas.

Luxación Perisemilunar, aquí hay desplazamiento posterior de todos los huesos del carpo excepto el semilunar que conserva su posición normal, debe reducirse por tracción y flexión, inmovilizando de cuatro a seis semanas en posición neutra funcional.

Cuando estas lesiones pasan inadvertidas producen grave deterioro de la función de la mano. Las luxaciones descubiertas tardíamente, no diagnosticadas, deben hacerse reducción abierta y artrodesis de muñeca.

LUXACION METACARPOFALANGICA DEL PULGAR:

Se produce por un mecanismo de hiperextensión, la cápsula articular se desgarrar y algunas veces es imposible la reducción por interposición de la misma cápsula por lo que hay que hacer la reducción abierta y reparar

el desgarró de la cápsula, debe inmovilizarse por un mínimo de tres semanas.

FRACTURA LUXACION DEL PRIMER METACARPIANO BENNET:

Cuando hay fractura de la zona epifisiaria proximal del primer metacarpi- no, con trazo articular, éste se luxa y debe ser reducido y fijado por me- dio de cirugía.

LUXACIONES DEL MIEMBRO INFERIOR:

CADERA:

La luxación de la cadera es relativamente rara y secundaria a trauma inten- so debido a la gran estabilidad de esta articulación, puede ser de dos ti- pos: Anterior y Posterior y asociarse a fractura. La anterior puede ser - superior o pública, e inferior u obturatriz. La luxación posterior puede - ser superior o iliaca e inferior o ciática. Se reduce y se mantiene en -- reposo por tres semanas, luego marcha con descarga con muletas por tres - semanas más.

LUXACION DE LA ROTULA:

Es la más común de las luxaciones de la rodilla, siempre es externa, y su reducción espontánea es la regla, al extenderse la rodilla, hay desgarró de fibras del vasto medial, hay que inmovilizar por tres semanas de yeso y ejercicios isométricos de cuadriceps, si la luxación se hace recidivan- te ésta indica la cirugía.

LUXACION DE LA RODILLA:

La luxación de la rodilla es una de las lesiones traumáticas más graves - que toca atender al ortopedista, ya que hay lesiones neurovsculares asocia- das de pronóstico muy reservado.

Al referirnos a luxación de la rodilla tomaremos el fémur como punto fijo de referencia y llamaremos a la luxación según la relación con éste, ante- rior, psoterion, lateral y medial. Al suceder esta fractura se lesionan cápsula articular, ligamentos cruzados, colaterales, además de los músculos

gemelos y poplíteo, angulación y tracción del paquete vasculonervioso, - que es lo que hace más sombrío el pronóstico.

Si las condiciones neurovasculares lo permiten el mejor tratamiento consistirá en plastia precoz de todos los ligamentos.

Algunos autores prefieren colocar un cilindro de yeso y esperar para plastias posteriores.

LUXACION DE TOBILLO:

La articulación de tobillo es una articulación bastante estable, por lo - que una luxación pura como tal es muy rara, aunque no imposible; la mayoría de las veces encontramos lesiones asociadas a fracturas de los maléolos. Es más frecuente encontrar a este nivel distenciones y esguinces, que son lesiones parciales y de las que hablaremos a continuación.

ESGUINCES DE TOBILLO:

El tobillo cabalga sobre el pié como un hombre sobre el lomo de un caballo. Se estabiliza su asentamiento sobre la silla del astrágalo por los maléolos, cada uno de los cuales está unido al pié por ligamentos que actúan - como estribos. La equitación correcta exige que el sujeto permanezca en - la montura; y no es menos importante para la función correcta del tobillo, el mantenimiento de las relaciones normales entre la tibia y el astrágalo. Desde el siglo I se insistía en esta situación.

El desgarró de un ligamento es una lesión grave, que reduce la estabilidad del tobillo a condiciones precarias comparables a los de un hombre con un estribo roto a horcajas sobre un caballo a galope.

PROBLEMAS RADIOGRAFICOS DE LA ANATOMIA DEL TOBILLO:

Los ligamentos del tobillo no son extensibles, por lo tanto, todo despla~~za~~zamiento del astrágalo que lo aleje del maléolo íntacto, causa lesión ligamentos; y el desplazamiento acentuado es patognomónico de rotura de ligamento.

Por la misma razón, la inclinación del astrágalo dentro de la mortaja maleolar

indica rotura de un ligamento colateral.

En principio y mientras otra cosa no se demuestra, todo ensanchamiento de la mortaja maleolar sin fractura significará rotura de ligamentos - interóseos, y fractura de la diáfisis del peroné por encima del tobillo, excepto cuando hubiese sido producida por violencia directa o se acompañe de fractura de la diáfisis tibial.

En los casos de desplazamiento posterior del astrágalo va implícita la fractura de uno o ambos maléolos, o la rotura del ligamento interóseo.

LESIONES LIGAMENTOSAS:

Distensión de los ligamentos del tobillo. Distensión del ligamento lateral.

Se produce el esguince del tobillo como consecuencia de un traspie o caída que vuelca el peso del cuerpo sobre el pié en inversión, haciendo recaer el máximo de la fuerza traumatizante sobre los haces anteriores y medio del ligamento lateral. El verdadero esguince no altera la continuidad de los ligamentos: simplemente causa la rotura de alguna de sus fibras

No pelagra la estabilidad del astrágalo y solamente puede estimarse la importancia de la lesión del ligamento por el grado de la equimosis y la hinchazón precoces (que no debe confundirse con el edema tardío, -- consecutivo a espasmo y la pendulación prolongada del pié).

TRATAMIENTO:

Anestesia y corticoides locales sin interrupción de la función debe -- reservarse para los esguinces leves. Desaparece el dolor y el espasmo lo que estimula al paciente a continuar sus actividades normales.

Está indicado el tratamiento con soporte elástico adhesivo y continuación de la función en los esguinces de tobillo con poca inflamación; ésto es: En las lesiones leves y moderadas, antes que aparezca el edema, o una vez que haya sido eliminado éste. Los objetivos del tratamiento se resumen en protección contra nuevos traumas, alivio del dolor, prevención

del edema y restablecimiento de la función. Puede lograrse esto mediante vendaje de tela adhesiva que sirva de soporte al tobillo, y el uso -- temporal de bastón o muletas. La tela adhesiva debe colocarse de manera que pesen sobre la misma, las exigencias funcionales del movimiento y -- ambulaci3n que normalmente soporta el ligamento lesionado. La aplicaci3n local de hielo quita el dolor y la inflamaci3n.

TRATAMIENTO DEL ESGUINCE GRAVE:

Cuando el tobillo est1 muy inflamado y doloroso no responde satisfactoria^u mente al tratamiento por anestesia local y vendaje, en estos casos, el - tratamiento inicial debe dirigirse a calmar el dolor y la inflamaci3n -- mediante reposo, elevaci3n , calor suave y aplicaci3n de un eficaz ap3siti^u to comprensivo. Bota corta de yeso con tac3n ambulatorio cuando la deambula^u ci3n sea necesaria.

ESGUINCE EN ROTACION LATERAL DEL LIGAMENTO TIBIOPERONEO ANTERIOR:

El m1ximo de la fuerza recae primero sobre el ligamento tibioperoneo ante^u rior e inferior, despu3s al ceder 3ste, sobre el ligamento inter3seo o el mal3olo lateral. El cuadro cl3nico es muy parecido al esguince con rotaci3n medial. Sin embargo, el dolor y la inflamaci3n se localizan enfrente e - inmediatamente por encima, no por debajo, de la punta del mal3olo lateral, y la rotaci3n lateral del pie acent3a el dolor, mientras que la rotaci3n medial puede disminuirlo. El tratamiento es el mismo para el esguince - de la rotaci3n medial.

LUXACIONES DEL PIE:

Consideraremos aqu3 cinco clases: Astragalina, subastragalina, mediotarsia^u na, tarsometatarsiana y metatarsofal1ngica.

LUXACION DEL ASTRAGALO:

Esta lesi3n es rara sin acompa1arse de fractura, algunas veces se luxa - por completo hacia adelante o hacia atr1s, en esos casos hay da1o impor^u tante de la circulaci3n, por lo que la reducci3n debe efectuarse lo m1s

pronto posible, una vez reducido debe inmovilizarse de 8 a 10 semanas - y vigilar además ante el peligro de necrosis aséptica.

Lo más importante en toda luxación es actuar rápidamente inmovilizando - el miembro luxado y que el procedimiento de corrección sea siempre efectuado por un experto que conozca todas las complicaciones que pueda -- exponer una articulación, ante una manipulación mal efectuada y un tratamiento post reducción no adecuado, las complicaciones más frecuentes - de las luxaciones son los ligamentos rotos no reparados, necrosis avascular, rigidez y pérdida de movilidad de la articulación por mal posterior control, y recidivas de las luxaciones ante una laxitud ligamentaria por no haberse tenido en reposo el tiempo estipulado la articulación.

Las esguinces y lesiones musculares por lo general son debidos a falta de calentamiento, falta de preparación física y a los cambios de clima de secos y templados a frios y húmedos

Las lesiones de tobillos por torceduras de los mismos o caídas, las lesiones de la pierna por encontronazos o golpes directos, las lesiones de - los ligamentos por el uso de zapatos inadecuados en la práctica de los deportes y movimientos forzados.-

Una contusión nunca debe ser tratada con masajes profundos ni de ningún tipo y lo mas adecuado es aplicar hielo 2 a 3 veces por día, en el sitio de la lesión.

7.2 LESIONES Y TRAUMATISMOS MAS FRECUENTES:

TRAUMATISMOS DE LA CABEZA:

Las lesiones en la cabeza pueden ser: de piel o cuero cabelludo, de el cráneo: fractura del hueso: con o sin hundimiento y lesión en la masa - encefálica y centros nerviosos.

Si se ha producido una pérdida de conocimiento como consecuencia del golpe, denota que ha habido una lesión interna. Hemos de tener en cuenta - los diversos tipos de pérdidas de conocimiento o conmociones cerebrales:

- a) pérdida de conocimiento momentáneo, caracterizado por pérdidas -

de sentido, de la que se recupera rápidamente, conociendo y no vomitando. Requiere esta lesión sólo una vigilancia, por si se presentan - otros síntomas que pueden denotar traumatismo internos, no manifestados primeramente.

- b) Pérdida de conocimiento que dura más de medio minuto con vómito -- falta de coordinación, falta de equilibrio (tambalearse) y no -- conocer. Ante ese cuadro lo ponemos en observación y enviarlo al - médico para descartar lesión interna.
- c) Pérdida de conocimiento como en el caso a), pero que una vez transcurrido desde treinta a sesenta minutos, incluso va duchado y vestido, y se reproduce la pérdida de conocimiento, Cuando ésto sucede seguro que nos encontramos ante un caso grave, señal inequívoca de la formación de una hematoma cerebral que produce una compresión - intracraneal que es la causa de la segunda pérdida de conocimiento. En este caso es indispensable el internar al paciente inmediatamente en un Hospital

Las lesiones de la piel de la cabeza, pues será tratado como una herida cualquiera.

En los traumatizados del cráneo debe procederse así: conduciremos al - herido lo más suavemente posible, para tenderlo sobre una mesa, y si - vomita, lo acostaremos con la cabeza baja y ladeada para evitar que lo que vomite lo ahogue. Le aplicaremos paños fríos o bolsas de hielo, le inmovilizaremos la cabeza, procuraremos la máxima obscuridad posible - y evitaremos la presencia de gente y ruido y luego debe valorarlo el - médico.

TRAUMATISMOS DEL TORAX

Las conmociones torácicas: tanto por golpe directo de un contrario, como de un objeto deben tratarse rápido.

Cuando un golpe llega sobre el corazón y se amortigua en él puede determinar la pérdida instantánea del conocimiento y lesión en mediastino - o pericardio y debe tomarse radiografías del torax y electrocardiograma

si es necesario

En el tronco son frecuentes las fisuras de costillas, que se caracterizan por una fuerte punzada en el tórax, en una zona muy localizada y -- coincidiendo siempre sobre la propia costilla, este dolor se exagera -- con los movimientos respiratorios. Y es una lesión que se produce siempre por golpe con un cuerpo duro, y en forma de lanza, rodilla o codo. Y debe vendarse al paciente y tomar radiografías.

Otra lesión del tronco es la conmoción epigástrica: En la parte superior y posterior del estómago existe un plexo-nervioso que por cualquier golpe o compresión produce la pérdida instantánea del conocimiento, Un golpe sobre el vientre, comprime el estómago y éste a su vez, al centro -- nervioso citado contra la columna vertebral y este es el motivo de la -- conmoción.

Debe ponerse boca arriba al paciente y extenderle las piernas y si su -- aspecto es grave el médico debe descartar rotura de viscera hueca.

TRAUMATISMO DEL ABDOMEN

Los golpes en el vientre y los lomos merecen muchísima atención, pues -- en esta región se contienen órganos tan vitales como el estómago, el -- bazo, los riñones, los intestinos y el hígado.

Por lo general, por la observación de la forma en que ha tenido lugar -- el accidente, la violencia del mismo, los dolores que acuse el lesionado y su estado general, podremos darnos cuenta de si nos encontramos -- ante una sencilla contusión o ante un caso grave: Si después de reacciar -- el conmocionado, persisten en él, dolores que no se explican será prudente -- que lo reconozca el médico. Para descartar rotura de viscera hueca -- y tomar R-X de urgencia.

Si ha recibido un golpe en un costado, que continúa doliéndole fuertemente e interiormente, le haremos orinar y si observamos en su orina -- trazas sanguinolientas le aplicaremos paños fríos o hielo en la región lesionada y le enviaremos al médico para descartar lesión del riñón.

otra lesión importante dentro de la misma región es la del bazo, viscera muy frágil y cuyo traumatismo dá lugar a una hemorragia intraperitoneal, que se caracteriza por un dolor agudo por todo el abdomen, como si le -- clavaran puñales, un vientre tenso y duro, un pulso muy rápido y el contu sionado palidece. Por ello, siempre que una persona haya recibido un -- fuerte golpe en el lado izquierdo y por debajo de las costillas, que es donde se encuentra el bazo, y que presenta el cuadro clínico expuesto, - buscaremos inmediatamente una ambulancia y lo trasladaremos a la clínica más cercana, para salvar su vida y descartar rotura de bazo y operarlo

7.3 ESTUDIO DE LAS LESIONES MAS FRECUENTES EN EL DEPORTE:

Nos referimos a las lesiones de ligamentos, meniscos y fibras musculares. Las roturas de ligamentos pueden asumir en todas las articulaciones, - pero unicamente nos ocuparemos de las de la rodilla.

En cualquier movimiento forzado y violento pueden lesionarse en la rodi lla los dos ligamentos: el lateral interno y el lateral externo

Como idea general estudiaremos la del ligamento lateral interno, bien - por caída de un adversario sobre la rodilla, presión de fuera adentro, la lesión del lateral externo es rara

Cuando la rodilla sufre un giro o rotación forzada se produce una dis tensión o tensión anormal del ligamento lateral interno, con un fuerte dolor en el punto condileo, o sea, en el punto de inserción superior - del ligamento, es una lesión benigna que tarda en curar 21 días, estas distensiones levantan a veces pequeñas esquirlas óseas por la acción -- de arrastre del ligamento al estirarse, dando lugar a la formación de - un engrosamiento del hueso que puede llegar a molestar el sistema funcio nal de la rodilla.- En este tipo de lesiones está totalmente contra -- indicado el masaje.

La rotura del ligamento lateral interno, que puede producirse en las con diciones ya citadas y que no es cura cosa que una fuerte distensión que el ligamento no puede resistir hasta ceder total o parcialmente, se carac teriza por un dolor brusco y violento en la cara tierna de la rodilla.

en el momento de producirse, seguido de una hinchazón localizada en el punto de la lesión, acompañada de movimientos anormales de lateralidad de la articulación por falta de unión en la misma.- Es lesión importante, pues debido a la rotura del ligamento lateral interno, queda la -- articulación con un movimiento más amplio y se lesiona también el menisco interno. Este tipo de lesión conduce a una insuficiencia de funcionamiento de la rodilla. A veces se lesionan también los ligamentos cruzados, aumentando la gravedad del traumatismo.

Las roturas del ligamento lateral interno, deben cuidarse desde un principio y con toda la atención, siendo indicado el enyesado del miembro lesionado, e inclusive la intervención quirúrgica según el caso. La duración de ésta lesión varía de 8 a 12 semanas.

LESION DE LOS MENISCOS

Los meniscos son dos fibro-cartilagos alojados en las cavidades glenoides o platos de la tibia donde se apoyan los cóndilos de la parte inferior del fémur.

Por la acción de un movimiento brusco o forzado de rotación, los dos -- huesos aprisiona los meniscos y pueden pinzarlos e inclusive romperlos. La lesión se caracteriza por un dolor agudo seguido de impotencia funcional, y derrame de líquido o sangre. Síntomas característicos de esta -- lesión son los fallos a repetición de la rodilla, dolor al subir o bajar escaleras.

Impotencias de la articulación al levantarse después de estar mucho rato sentado y el síntoma definitivo clásico, que es el bloqueo articular de la rodilla, que imposibilita estirar la pierna por interposición de algún cuerpo del menisco. Si éste está roto.

Ante este cuadro clínico debe buscarse la intervención del médico e -- inmovilizar la rodilla.-

LAS LESIONES DE FIBRAS MUSCULARES

Son de las más frecuentes en el deporte ya sabemos que los músculos se hallan formados por un gran número de fibras carnosas --paralelas y reunidas

en un envoltorio común llamado vaina o aponeurosis y terminan en sus extremos superior e inferior en un tendón que es el que se inserta en los huesos.

Hay grupos musculares agonistas, que son los que se contraen para producir el movimiento, y en contra posición, otros grupos musculares llamados antagonistas, que son los que se oponen al movimiento y se relajan al producirse éste.

Las rupturas musculares tienen su origen en la falta de coordinación en este movimiento de contracción y estiramiento: cuando un músculo agonista se contrae y el antagonista no se relaja debidamente el esfuerzo produce la lesión.

Las roturas se producen con mayor frecuencia a principios de temporada que es cuando la musculatura está menos entrenada y a finales de la misma, que es cuando el músculo se halla muy fatigado.

Las lesiones musculares se facilitan con los esfuerzos violentos y falta de calentamiento, y con temperaturas frías y húmedas.

Las lesiones de fibras musculares pueden depender también de causas internas: falta de proteínas y falta de glucógeno, circunstancias por las cuales el músculo puede contraerse en malas condiciones, produciendo la lesión.

Como ya se dijo al hablar de la profilaxis de las lesiones, pueden prevenirse muchas de estas lesiones con preparación física adecuada del jugador, calentamiento antes del ejercicio, protección de los músculos con aceites, y suministrando al jugador el suficiente aporte de proteínas y glucógeno.

Por lo general, la rotura de fibras musculares no es total, sino parcial especialmente en los músculos gruesos y es sólo en los músculos en forma de cinta donde pueden aparecer las roturas totales.

Al principio pueden ser difíciles de distinguir, aún cuando el jugador los siente profundamente, pero más tarde se reconocen fácilmente por la hendidura característica que forma el músculo al contraerse y el abultado

miento que aparece durante dicha contracción por arriba del desgarre, - acompañado de dolor.-

Cuando se produce un desgarre muscular, los vasos que irrigan el músculo se rompen, rompiéndose entonces las fibras y se produce una hemorragia. Si intentamos hacer masajes al lesionado, o lo tratamos con calor, lo que ocurre es que la hemorragia se hace más intensa, aumentando la lesión por éso lo mejor es aplicar hielo

Esta primera fase de la lesión muscular nó debe tratarse ni con calor - ni con masajes, requiere sólo reposo y aplicación de compresas frías y hielo. Para que cierren los vasos rotos y cese el derrame sanguíneo.

Durante la segunda fase de curación la herida interna va cicatrizándose en una forma fibrosa, y en éste período de curación el lesionado no debe abandonarse

Finalmente, el desgarre muscular, entra en una tercera fase de curación y es cuando debe rehabilitarse.

Como resúmen diremos: que las roturas de los músculos de la parte posterior de la pierna, son benignas y curan rápidamente en dos o tres semanas de tratamiento; las de la ingle siendo también benignos requieren - un largo tratamiento y cuidado especial, pues fácilmente se reproducen.- El jugador deberá observar reposo y un período de recuperación antes de hacerlo jugar.

Es una equivocación el hacer salir al campo prematuramente a jugadores con ese tipo de lesiones.

LESIONES DEL TOBILLO

Las lesiones de ésta parte del pie son por lo general debidas a torcedu ras o a rotaciones internas o externas, en las que los ligamentos sufren una distensión o tensión anormales e inclusive se rompen. Los esguínces o distensiones de los ligamentos tiene lugar con más frecuencia en los puntos de inserción del ligamento interno.

Cuando se produce una rotura de ligamento de los maleolos, ocasionalmente

va acompañado con una fractura de ellos.

Los esguinces del tobillo serán tratados con inmovilización, hielo y reposo.

Las roturas de ligamentos del tobillo, se caracterizan por los movimientos anormales de la lateralidad que tiene el pie, por falta de unión o - continuidad ósea y la posición del pie en inversión, cuando se trata de una rotura de los ligamentos externos.

además hay edema y equimosis que se presentan pocas horas después de la lesión. Estos casos, deben ponerse pronto en manos de un médico que será quien determine el tratamiento a seguir.-

A menudo es necesario poner una bota de yeso para que los ligamentos - desgarrados puedan cicatrizar adecuadamente si quedan separados y evitar un tobillo inestable y falso.

Finalmente para terminar estos conocimientos generales sobre las lesiones de los miembros inferiores, tenemos el síndrome de la cola del astrágalo. El ligamento que une al astrágalo con la tibia. o posterior puede también sufrir. Si después de transcurrir el tiempo normal de tratamiento persiste el dolor y al pegarle nuevamente al balón se notan molestias y dolor en el talón, se manifiestan evidente de que la lesión persiste. Esta rebeldía puede explicarse por la proliferación ósea perfectamente observable radiológicamente, debido al choque entre el calcáneo y la - tibia. Cuando ésto ocurre, el enyesado del miembro afectado no produce efecto y es necesario la radio-terapia, que de no dar el resultado esperado debería entonces pasarse a la intervención quirúrgica por el médico.

Este tipo de lesión de la cola del astrágalo debe ser cuidado con mucha atención pues su rebeldía y consecuencias posteriores pueden alejar para siempre a un jugador del campo de fútbol. La característica principal es el dolor en el momento de poner el pie de punta al suelo para pegar a la pelota de empeine. Esta lesión acostumbra ir acompañada siempre de una esguince del ligamento lateral interno, que es lo que engaña, pues