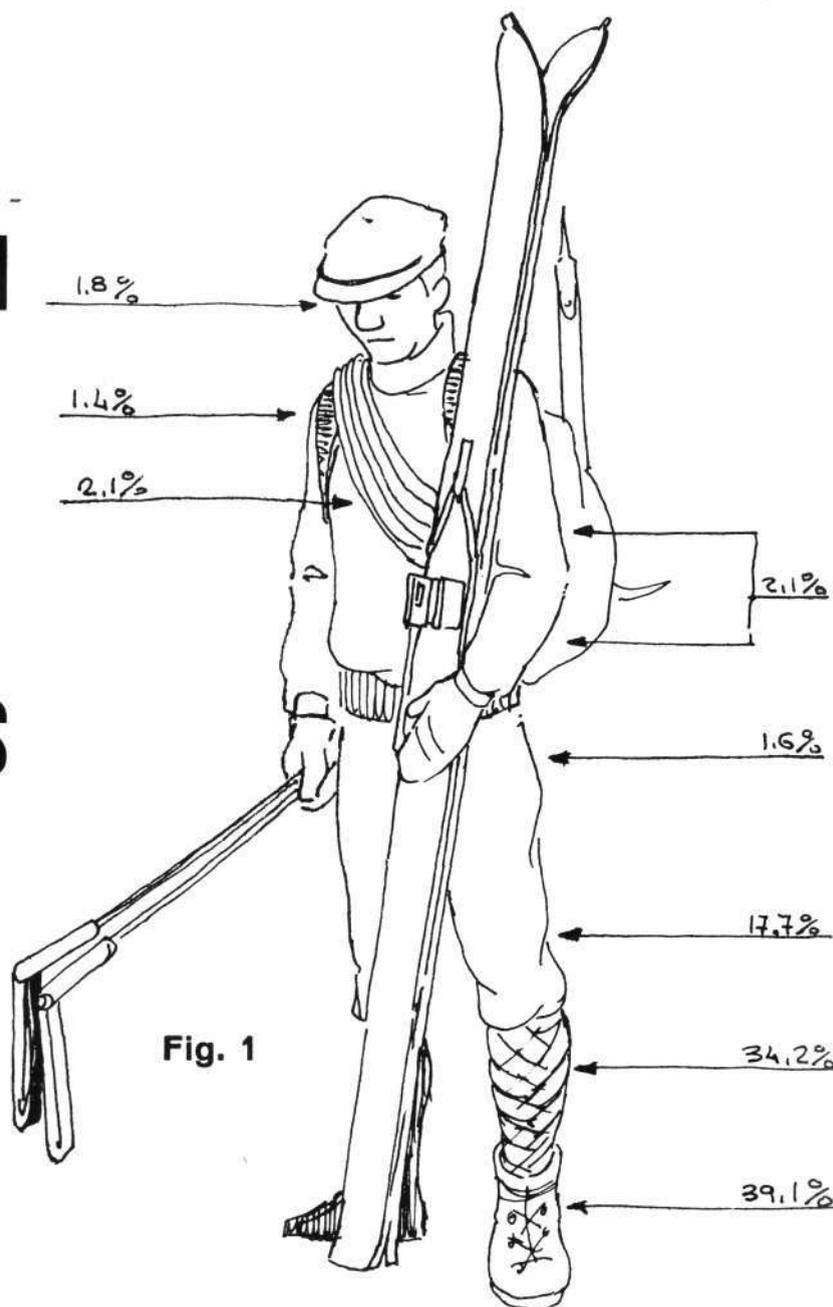


INMOVILIZACION PARA EL TRANSPORTE DE LOS HERIDOS

Ramón Legardón



La primavera es probablemente la mejor época que tenemos aquí para la realización de salidas de esquí de montaña, o esquí de travesía. En las soleadas mañanas de Marzo y Abril es un placer recorrer, por ejemplo, los altos valles entre Hecho, Candanchú y Formigal o calzarse las tablas para hacer la vuelta del Midi d'Ossau. Sin embargo, cuanto más avanza la temporada, los recorridos se hacen más arriesgados, la nieve se hace más insegura y se convierte a veces en una trampa peligrosa.

Aumenta la probabilidad de que tengamos accidentes. En muchos casos no serán accidentes graves, pero sí accidentes muy corrientes de roturas y luxaciones, y si no estamos preparados para resolverlos, nos pueden poner en situaciones muy desagradables. Un accidente

leve pero mal tratado puede traer consecuencias a largo plazo e incluso dejar secuelas para siempre.

Vamos a exponer unas ideas de cómo resolver una emergencia con los materiales que normalmente tenemos a mano. Los consejos que damos para los casos de accidentes en esquí de montaña pueden aplicarse igualmente a las demás modalidades de actividad en la montaña: escalada, espeleología, ascensiones, marchas... Cuando hablemos de bastones de esquí, por ejemplo, lo mismo podrá hacerse con los piolets o incluso con un par de ramas oportunamente elegidas.

La primera idea que queremos exponer es que la mayor parte de las lesiones producidas en accidentes ocurridos en el esquí de montaña —y por extensión, en todos los accidentes ocurridos en la mon-

Fig. 1: Cómo se reparte la probabilidad de lesiones, entre las distintas partes del cuerpo. Observamos que de la rodilla para abajo suman el 91% de las probabilidades.

taña— son lesiones, en las extremidades inferiores: tobillo, pierna y rodilla (ver figura 1). Por eso nos centramos fundamentalmente de las lesiones producidas en esas partes del cuerpo.

Para los primeros auxilios es importante tener en cuenta las dos clases de fracturas óseas: fracturas abiertas y fracturas cerradas.

Una fractura abierta cura siempre más lentamente que una fractura cerrada. Si se permite que esta última se transforme en abierta por unos primeros auxilios inadecuados, la lesión, relativamente leve, se

Fig. 2

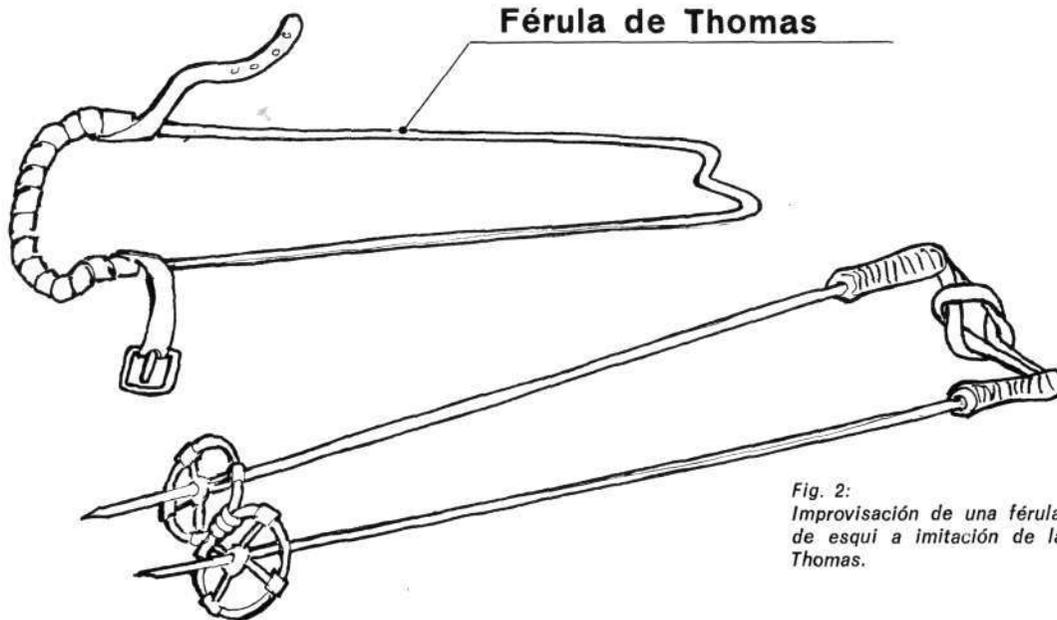


Fig. 2:
Improvización de una férula con los bastones de esquí a imitación de la de extensión de Thomas.

transforma, en ocasiones, en otra muy grave.

Si existen dudas sobre la existencia de una fractura ósea, la norma de conducta será atenderla como si efectivamente la extremidad estuviera fracturada.

Si un montañero (esquiador, etc.) ha caído en un accidente, y luego no puede levantarse, ni andar, o bien, no puede mover el brazo, la mano, o la pierna lesionada, se trata, muy probablemente, de una fractura. Puede suceder también, que, si es en la pierna, pueda caminar a pesar de la fractura, porque el hueso esté solamente luxado, pero sin separación completa de sus fragmentos (luxación es la salida de la cabeza del hueso de sus asientos en las articulaciones; fractura es la rotura del hueso y posterior separación de los trozos).

DIVERSOS TIPOS DE LESIONES

TOBILLO.—Hay que distinguir entre el desgarro simple, rotura de ligamentos o fractura ósea del maleolo.

En la atención de urgencia, en el lugar del accidente, no se puede delimitar con seguridad los detalles de la lesión y si existe una fractura o afecta a los ligamentos y esto no posible, porque resultaría contraproducente descalzar la bota de montaña o de esquí.

CADERA - MUSLO.—No suelen producirse con frecuencia, ya que, el fémur es el hueso más fuerte del cuerpo, por lo que se precisa una gran sobrecarga de fuerzas para producir la fractura. En las personas mayores, con los huesos algo descalcificados, se puede producir la fractura del cuello del fémur por una ligera caída sobre la cadera. Por lo general, el

hecho de que esté girado hacia fuera y no sea posible levantarlo, e incluso el quejarse de dolor en la zona de la cadera, debe hacer sospechar al socorrista que hay una fractura ósea.

Como primera providencia para el transporte de personas con fractura de fémur, debe colocarse una férula que fije la pierna lesionada sobre una o dos tablas o férulas largas (esquíes) al cuerpo. La pierna sana puede ser usada como férula.

COLUMNA VERTEBRAL.—De la importancia de la lesión, cabe decir, que una primera asistencia equivocada o insuficiente, ha conducido, en muchos casos, a parálisis duraderas e incluso a consecuencias peores. Estas complicaciones, podían haber sido evitadas prestando primeros auxilios adecuados. La inmovilización debe ser total. No se ha de levantar, ni mucho menos enderezar, la cabeza, ni menear el cuerpo. Que sea rígido el transporte, y sobre una superficie mínima rígida de 30-40 cm. de ancho y lo suficientemente larga para el cuerpo (los esquíes del revés, una puerta, etc., pero seguro que siempre falta, cuando más se necesita). De todos modos, lo que NO se debe hacer NUNCA es transportarlo en posición sentado, aunque sólo exista sospecha de lesión de columna vertebral. Si por circunstancias especiales, no hay disponible una base firme, habrá que ayudarse con mantas. El lesionado, horizontal sobre el vientre, habrá de ser transportado, como mínimo, por cuatro socorristas.

RODILLA.—Es difícil su diagnóstico. Puede haber lesiones de ligamentos laterales y en ocasiones del menisco, aunque debido a la falta de datos externos no debe por eso subestimarse con relación a la gravedad de la lesión.

PIERNAS.—La rotura de la tibia y peroné, o las dos juntas, son los accidentes que más se producen, sobre todo en invierno.

En caso de una fractura ósea en la pierna, el primer objetivo es, reponer en posición rectilínea los fragmentos rotos, mediante tracción suave, y colocarlos, a continuación, en reposo, para poder colocar la férula.

FERULAS DE EXTENSION Y FERULAS DE FIJACION

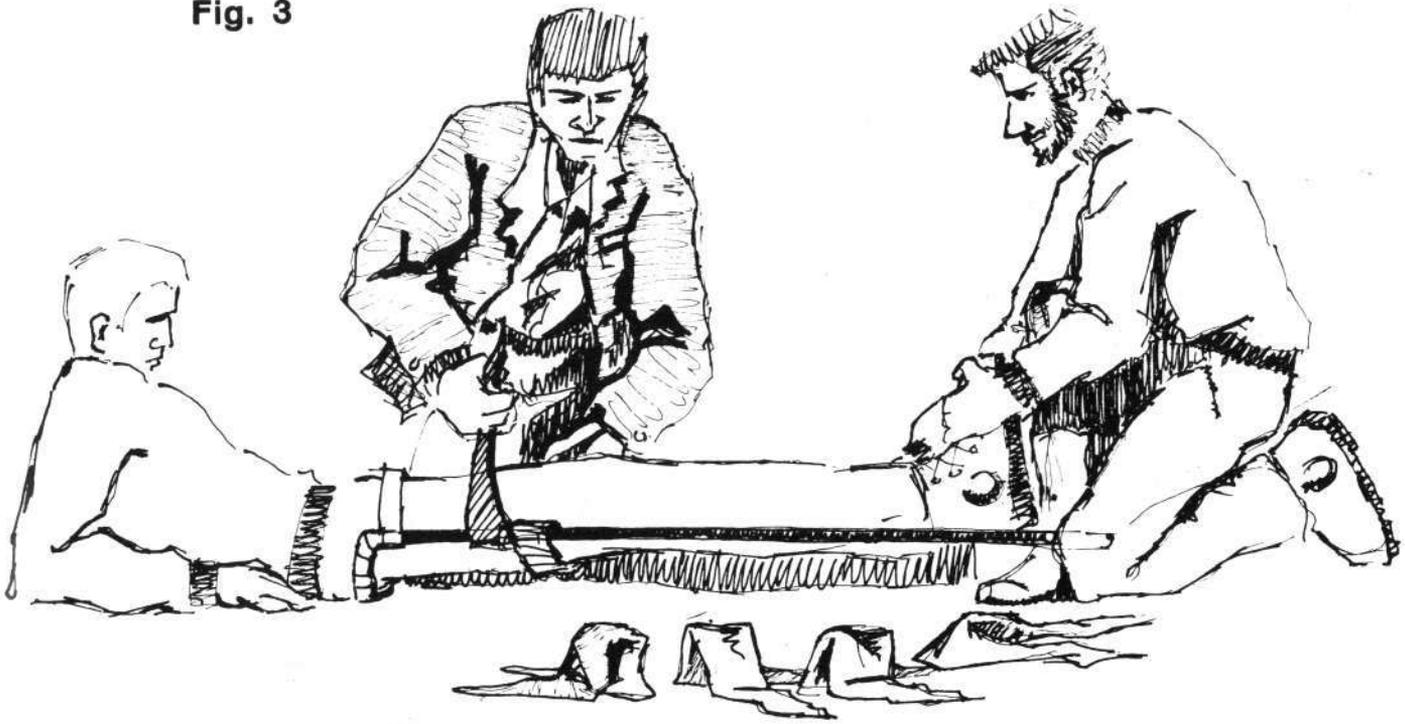
La idea fundamental de lograr por medio de una extensión dosificada una posición de reposo del hueso roto no es nueva. Hace ya unos 30 años que existen férulas de este tipo, e incluso, en escritos medievales, se describe la curación de una fractura de pierna mediante la **extensión**.

En muchos países ha sido la férula de tracción (de Thomas = Traction-Splint) la que, por su sencillez y buenos resultados, se ha impuesto (figura 2).

Transcribimos literalmente su funcionamiento: la fuerza de extensión se coloca en el pie, que es traccionado hacia abajo. La fuerza opuesta se apoya en la tuberosidad del isquión, en la que, igualmente, se apoya el medio anillo almohadillado, colocado al final de las dos largas varillas de hierro. Entre la atadura inferior, rígida, y un paño (bufanda, correa, cordón) que envuelve la bota, se coloca un segundo paño, doble, que se acorta girando una palanca (rama, navaja), colocada en su interior. Con ello, se logra una extensión de la pierna. (Podemos seguir los detalles de esta operación en las figuras 3, 4, 5 y 6).

En un accidente en travesía existe la posibilidad de confeccionar una férula im-

Fig. 3



Figuras 3 y 4: El socorrista de la derecha sostiene con una mano la pierna del herido debajo de la fractura y con la otra aguanta la bota mientras el compañero coloca los pañuelos.

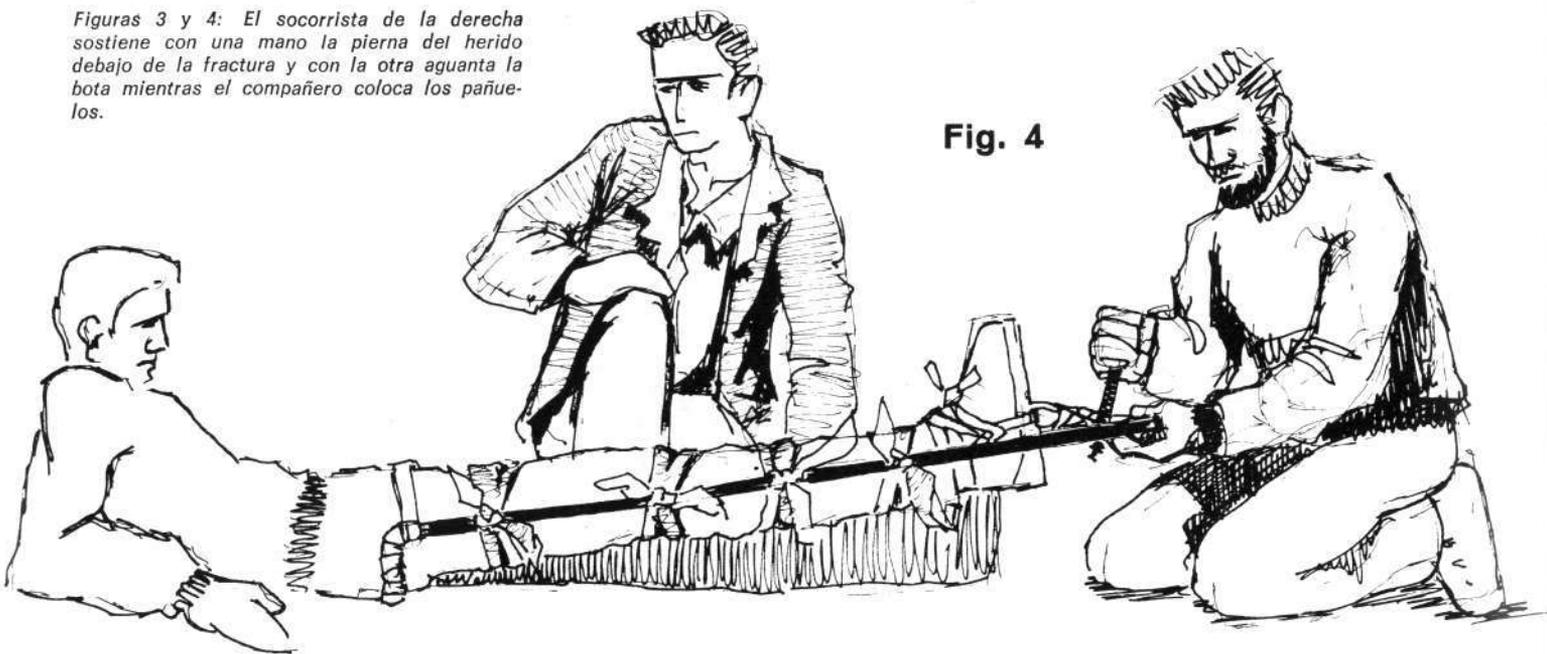


Fig. 4

provisada con los bastones de esquí, imitando este modelo: las correas de los bastones, cruzadas entre sí, o sujetas por un cordón, sirven de apoyo, de asiento. En la parte superior del muslo, se cierra esta sujeción con un pañuelo. El paño destinado a la tracción, por debajo de la bota, se fija a las arandelas de los bastones, unidos entre sí, y mejor aún, sobre la punta de los mismos. Es importante colocar otro paño bajo el hueso de la rodilla, para evitar una extensión excesiva de la pierna y lograr una moderada angulación de la articulación de la rodilla sobre la

férula. Otros pañuelos por encima y por debajo de la fractura, así como en otros puntos, mantienen la pierna fijada y sin complicaciones (figura 7).

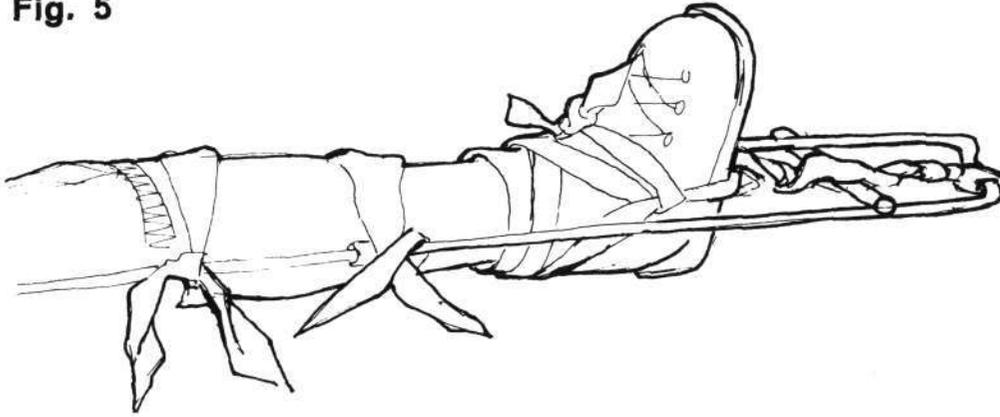
Al comenzar la extensión con el giro lento y cuidadoso de la palanca, el lesionado puede sentir un aumento pasajero del dolor pero después nota un alivio inmediato. En la práctica, el herido lo suele indicar con tal exactitud que puede terminarse el giro de la palanca cuando el dolor haya cedido notablemente.

Todo esto es la férula de extensión, pero, por el contrario (y aquí existe la

diferencia entre los dos sistemas de inmovilización), en la **férula de fijación** existen partes blandas lesionadas, con hemorragias productoras de dolores, entre férula y huesos, con lo que no se puede garantizar una posición fija de reposo, los músculos tienen la posibilidad de contraerse, de modo espasmódico, por los traqueteos del transporte. La extensión evita la presión de los fragmentos óseos lesionados sobre la piel, vasos, nervios y masas musculares, con el peligro de una hemorragia repetida y prolongada.

De todos modos, y para terminar, unas

Fig. 5



Figuras 5 y 6: Torniquete de tracción sobre el zapato para practicar la extensión.

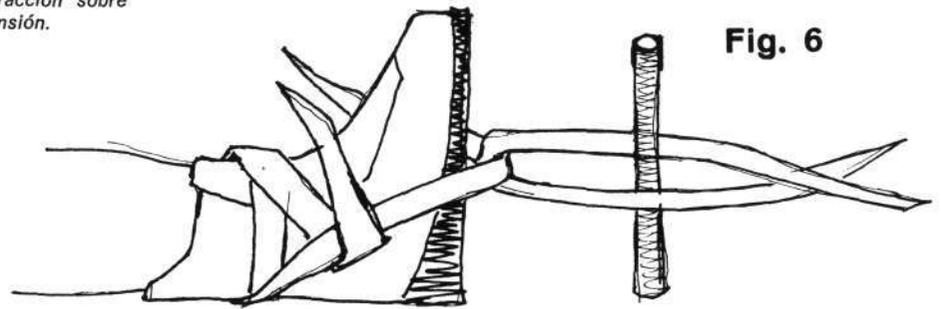


Fig. 6

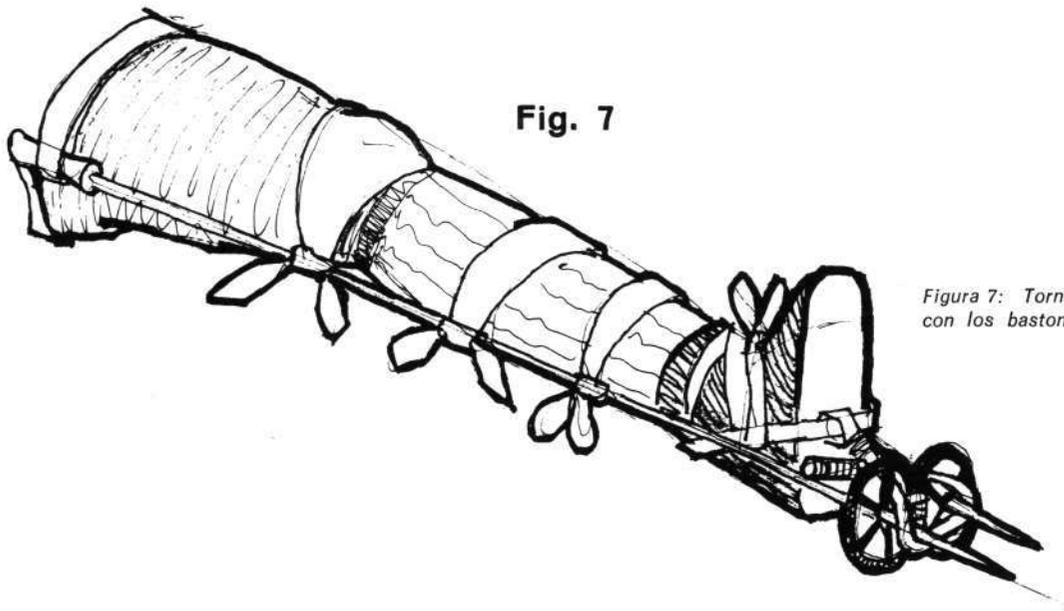


Fig. 7

Figura 7: Torniquete de tracción confeccionado con los bastones de esquí.

consideraciones finales para el socorrista, o compañero del accidentado: es preciso inmovilizar las dos articulaciones vecinas a la fractura. En el caso de la pierna, se tratará del tobillo y la rodilla. La férula debe abarcar desde el pie hasta el muslo. En fractura de muslo, habrá de inmovilizarse la rodilla y la cadera, de modo que, la férula, tendrá que abarcar desde la pierna hasta el tórax.

Pueden presentarse dudas en estas situaciones, difíciles de resolver en el lugar del accidente, incluso para el médico experimentado, a saber: si existe una luxa-

ción en una articulación, o una fractura próxima a dicha articulación, necesaria de tratamiento por extensión. Sobre la herida hay una o dos capas de tela, el pantalón de esquí, calcetines de lana, y ocasionalmente las botas. En invierno no hay que quitarlas ¡jamás!, para examinar una lesión. El herido tiritará de frío, el socorrista tiene los guantes puestos o no palpa nada con sus dedos ateridos. Se han acabado las posibilidades de una exploración delicada. El dolor, una posición antinatural de la pierna, la incapacidad para el movimiento y la marcha, como anteriormente se ha

expuesto, constituyen motivos suficientes para la inmovilización y el transporte.

¿Debe colocarse la férula de extensión en estos casos poco claros? El lesionado ha de dar la respuesta. Si el dolor no cede con la extensión, sino que aumenta, debe abandonarse la extensión y colocar una «férula de fijación simple».

Dibujos del autor

Referencia: WELLER, S. y NEUREUTHER, G. «Emergencias en la Montaña. Prevenciones y primeros auxilios», Barcelona 1975.