PubliCE, (PubliCE) 1999

Monograph

Como actuar ante una Lesión en el Campo Deportivo

Lic. María Celeste Pascale

Palabras Clave: torcedura, desgarro, esguince, primeros auxilios, golpe, fractura

Una lesión aguda se refiere a que se produce en el momento, no entran en esta clasificación lesiones que posee con anterioridad el deportista. Lo primero que debemos analizar es el estado de la persona que ha sufrido la lesión, las características de la misma y en caso de duda llamar al servicio de emergencias de inmediato si no se cuenta con personal medico en el campo de juego.

Es indispensable que cada lugar de encuentro deportivo cuente con la cobertura medica de emergencia y medios de comunicación eficaces para llamarlos ante cualquier necesidad.
Como así también contar con el apto medico para actividad física de competencia y ficha medica de cada deportista, esto es necesario y fundamental para cualquier nivel de competición.

TRATAMIENTO INICIAL DE LAS LESIONES

Sea cual fuese la lesión que se produce en el momento de juego va a poseer una característica como común denominador: la INFLAMACIÓN como signo visible de una hemorragia, o por derrame de liquido sinovial, o acumulación de subproductos de la inflamación o una combinación de ellos.

Esta inflamación produce dolor, por la presión que produce, y una contracción muscular débil. Es por ello que lo primero que se debe hacer es tomar medidas para controlarla.

Los principios del tratamiento, se resumen en una mnemotecnia: ***PRICE***

P: protección del área lesionada
R: restricción de la actividad
I: ice (hielo)
C: compresión
E: elevación

Protección del área lesionada

Por medio de tablillas, almohadillados, vendajes para inmovilizar el área y si posee lesiones sangrantes, proteger la zona de infecciones con gasas esterilizadas y agua oxigenada, no rociar en heridas frío en spray.

Restricción de la actividad

Descanso de la lesión, ya que el área lesionada empieza de inmediato el proceso de curación, sino se deja descansar la lesión esta recibe presiones y tensiones agravando la situación.

Después de 48-72 horas comenzar con el programa de rehabilitación del área lesionada, el deportista debe continuar con actividades que no involucren el área de la lesión para no perder la condición física.

Ice - Hielo

El frío posee propiedades analgésicas: disminuye el dolor, vasoconstrictora: controla hemorragias y edemas y disminuye el espasmo muscular reflejo y las afecciones espásticas que acompaña al dolor. Modo de utilización: entre 20 y 30 minutos de hielo, con un descanso de una hora sin él.

Compresión

Se debe reducir mecánicamente el espacio en donde se produce la inflamación y es la compresión quien cumple con este objetivo.

Elevación

Controla la inflamación por los efectos de la gravedad, favoreciendo el retorno venoso y de esta manera disminución de la inflamación por disminución de acumulación de sangre o líquidos.

FACTORES QUE DETERMINAN MICROLESIONES EN LOS DEPORTISTAS

Las microlesiones, como su nombre lo indica son pequeñísimas lesiones que se producen en los tejidos, y en sumatoria originan una lesión crónica al deportista y en algunos casos lesiones agudas.

Estas microlesiones son producidas en su mayoría por golpes crónicos y reiterados en el tejido local. Hay factores de riesgo que contribuyen a que se produzcan estos microtraumas, factores que el entrenador debe conocer para evitarlos.

Los factores de riesgo son:

Error de entrenamiento:este factor es el principal y aparece cuando no hay un conocimiento por parte del entrenador de las cargas y pausas adecuadas de trabajo para la edad, maduración y sexo del entrenado. Como así también la periodización del entrenamiento.

Desbalance músculo-tendinoso: este factor es de remarcada importancia cuando en el plan de entrenamiento no se trabaja la flexibilidad, como así también el desbalance entre agonistas y antagonistas. En los deportes en que predomina el uso de un hemicuerpo o miembro con respecto al otro, es de vital importancia que luego del entrenamiento especifico de la disciplina se trabaje en globalidad el cuerpo para evitar descompensaciones que darán lugar a desbalances, repercutiendo sobre todo en la columna vertebral.

Desalineación anatómica: es importante conocer con detalles los datos médicos traumatológicos sobre la postura del atleta, y si son debidas a causas actitudinales o a problemas óseos, como por ejemplo, un miembro mas largo que el otro, escoliosis, anteversion pélvica, solo por mencionar algunos.

Conociendo estos datos el entrenador debe disponer junto con el medico o kinesiólogo, los pasos a seguir, y no agravar la situación con el entrenamiento, ya que esto puede perjudicar la vida y la performance del deportista, como así también predisponer a lesiones.

Calzado: las características del mismo deben estar de acuerdo a la disciplina en que participa, tipo de superficie en que se entrene y compita, y las desalineaciones anatómicas del deportista. Se debe recalcar que el uso adecuado del calzado es tanto para la competencia como para el entrenamiento. Las características a tener en cuenta son: comodidad, buen contorno, apoyo firme, suela ancha y delantera flexible, y deben ayudar a compensar las malas posturas, para ello es esencial saber cuales son y que dispositivos utilizar en el calzado.

Factores nutricionales: es sabido que el desarrollo y el rendimiento del atleta no solo se debe a una entrenamiento adecuado sino también por el estilo de vida de él, en donde la alimentación es de suma importancia, como así también las horas de sueño, la recreación, entre otros. Una deficiencia de vitaminas y calcio pueden asociarse a una disminución de la densidad ósea y a un aumento de fracturas por stress.

Estos factores pueden dividirse en:

Factores intrínsecos
Desequilibrio músculo-tendinoso
Alteraciones biomecánicas
Crecimiento

Factores extrínsecos
Error de entrenamiento

Tecnopatias
Calzado y superficie de juego

LESIONES MENISCALES DE LA RODILLA

Estas lesiones son muy comunes en la mayoría de los deportes, pero tienen más incidencia en los deportes de contacto.

Pero ¿qué son los meniscos? Los meniscos son fibrocartílagos en forma de semiluna que rellenan los espacios comprendidos entre ambas superficies articulares de la rodilla, por un lado la superficie femoral y por el otro la superficie articular tibial, y poseen la función de estabilizar la articulación y servir de "tope" para los movimientos exagerados de la misma, además absorben el impacto de choque entre las superficies articulares, aumentando la superficie de contacto, para que de esta forma soportar el peso.

La lesión del menisco interno es 5 veces más frecuente que la del menisco externo, y suele estar muchas veces asociada a lesiones ligamentosas, esto es debido a que el menisco interno está insertado al ligamento interno colateral de la rodilla y además su frecuencia es mayor por el hecho que los bloqueos de movimientos suelen dirigirse a la cara externa de la rodilla, produciendo rotación externa de la tibia.

Los mecanismos de lesión suelen estar muchas veces asociados a un impacto de torsión de la rodilla, en el caso de rotación hacia fuera o externa del pie y de la pierna, en relación al fémur, el menisco interno es el protagonista con mayor facilidad de la lesión. También estas lesiones pueden producirse por hiperextensión e hiperflexión de la rodilla.

Lesiones del menisco interno

Los síntomas son:

- Dolor en la parte interna de la articulación de la rodilla, antes o después del ejercicio, en la hiperflexión e hiperextensión como así también en los movimientos de rotación del pie y de la pierna hacia fuera con la rodilla flexionada.
- Bloqueo del movimiento de la rodilla en forma espontánea en ciertas posiciones
- Inflamación, ya que a veces existe derrame de liquido.
  Diagnostico de la lesión del menisco interno: se considera probable que exista lesion si coexisten tres o mas de estas manifestaciones, pero de todas formas la artroscopia es la forma más fiel de diagnostico.
- dolor en un punto de la línea articular interna
- dolor localizado en la zona de la línea articular interna cuando se realiza la hiperextensión de la rodilla
- o cuando se realiza la hiperflexión de la articulación
- o dolor en la rotación externa del pie y pierna con la rodilla flexionada en ángulos diferentes cercanos a los 90ª
- debilidad del cuadriceps.

Lesión del Menisco Externo

El dolor en esta ocasión esta localizado en la cara externa de la articulación, existe como en la lesión del menisco interno un bloqueo del movimiento articular, también el dolor en la región externa puede producirse al realizar la hiperflexión o hiperextensión de la rodilla o al girar el pie hacia adentro.

Un diagnostico bastante preciso es si existen tres o mas de estos síntomas

- dolor en un punto de la línea articular externa
- dolor localizado en la zona de la línea articular externa cuando se realiza la hiperextensión de la rodilla
- o cuando se realiza la hiperflexión de la articulación
- o dolor en la rotación interna del pie y pierna con la rodilla flexionada en ángulos diferentes.

- debilidad o atrofia del cuadriceps.

¿Qué puede hacer el atleta?

Es aconsejable cuando se sospecha que el atleta posee una lesión meniscal indicarle ejercicios estáticos del cuadriceps. Es de capital importancia que todo atleta que será intervenido quirúrgicamente prepare la musculatura del muslo, para estar en mejor forma para su futura rehabilitación, y que esta será mas corta por no ser necesario una recuperación total muscular.

Es importante estacar que un atleta operado de una lesión de estas características no debe volver al entrenamiento hasta que la fuerza y la movilidad de la rodilla sea recuperada casi por completo.

Por ello es importante siempre el trabajo en conjunto y el seguimiento del atleta por parte del Entrenador, Preparador Físico, Médico Deportologo y el Kinesiólogo.

LA RODILLA DEL DEPORTISTA

La rodilla es más débil y compleja de lo que muchos creen, es una articulación que permite gran numero de movimientos importantes para cualquier actividad en el ámbito deportivo.

La rodilla al ser la responsable de tantas funciones esenciales para la vida útil, es la articulación que con mayor frecuencia y gravedad se lesiona. Las características de estabilidad y flexibilidad que presenta esta articulación necesita de un funcionamiento armónico del complejo músculo tendinoso; ligamentoso, los cuales son los que se lesionan en primera instancia, aunque también como hemos visto en artículos anteriores de este apartado también lo hacen los meniscos y la rotula.

Uno de los mayores inconvenientes en estas lesiones es la falta de claridad en el diagnostico, las fracturas se detectan mediante radiografías, las lesiones de rotula y meniscos se identifican claramente, pero esto no sucede con las lesiones ligamentosas ya que la radiografía simple no permite detectar las lesiones de los tejidos blandos, cuando los hallazgos son negativos, solo proporcionamos tratamiento para el alivio sintomático del dolor y la inflamación, ordenando reposo, muletas, tratamiento fisiokinesico, etc, pero esto resuelve el problema momentáneamente, pero las medidas tomadas pueden ser contraproducentes para la lesión, resultando perjudicial para ella y agravándola aun mas.

Es fundamental conocer la anatomía topográfica y funcional de la rodilla. Hay procedimientos que son de utilidad para evaluar la rodilla que nos permite tener un diagnostico, estos pueden utilizarse en cualquier momento.

Es también de utilidad que el entrenador, preparador físico, medico o kinesiólogo que acompaña al equipo posea información sobre las lesiones anteriores de los deportistas y tener siempre a mano las fichas medicas de cada uno.

Se observa en primera medida la marcha del deportista después de la lesión , es buen signo si la rodilla puede soportar el peso que carga en el movimiento de la marcha, si lo hace en punta de pie, esto significa que trata de evitar el dolor.

Debemos evaluar al atleta para determinar si puede o no retornar al campo de juego, para ello se hace trotar al deportista 30 segundos en el lugar, con las rodillas lo mas elevadas que le sea posible, para realizar la comparación entre ambas rodillas. Luego se le ordena realizar saltos en alto, primero sobre la pierna sana y luego la lesionada, para distinguir las diferencias entre una y otra, luego en cuclillas caminar en esta posición y por ultimo correr dibujando ochos con el recorrido primero amplios y luego angostos. El dolor, como la asimetría en el movimiento indican que el deportista debe abandonar la competencia o el entrenamiento y someterse a un examen más minucioso.

Los pasos a seguir en grandes líneas son, en primer lugar realizar la anamnesis para determinar cual fue el mecanismo de lesión, de esta forma se podrá predecir cual fue el ligamento lesionado, también debemos interrogar de cómo fueron apareciendo los signos luego de la lesión y como mejoran o no estos con los cambios de postura.

Luego se realiza el examen físico primero con la inspección, luego de la palpación, seguida de la determinación de los grados de motilidad y por ultimo las pruebas de estabilidad.

Y por ultimo y para determinar definitivamente el diagnostico y su ubicación exacta se solicita la artrografía, procedimiento sencillo de contraste simple que se realiza en la mesa de rayos X.

Maniobras exploratorias para lesiones de rodilla

Antes de realizar las pruebas para determinar las lesiones en la articulación de la rodilla, es preciso conocer el mecanismo de producción de la lesión: averiguando la magnitud de la misma y la direccion del impacto. Cuando se inspecciona la rodilla se observa tumefacción alrededor y en el interior de la articulación.Cuando existe derrame en la rodilla, se percibe con el movimiento de la rótula cuando se la comprime y descomprime rápidamente estando el miembro inferior extendido y relajado, apreciando un movimiento de rebote de la misma debido a la acumulación del líquido en ella.

Prueba de amplitud articular: se realiza comprobando la limitación de la flexión y extensión, si existe dolor en el movimiento puede sospecharse de lesión meniscal

Pruebas de estabilidad

Maniobras de bostezo: para los ligamento laterales, se realiza con la rodilla flexionada entre 20º y 30º, imprimiéndole a la pierna un movimiento de angulación, hacia adentro, para la inspección de la inestabilidad interna y hacia afuera para la inestabilidad externa, comparándola luego con el miembro sano.

Maniobra del cajón: paciente en decúbito supino con la rodilla en flexión de 90º. - Con rotación interna del pie a 30º: para ligamento cruzado anterior y ligamento lateral externo. - Con rotación externa de 15º del pie: para ligamento cruzado anterior y ligamento lateral externo. - Con rotación neutra del pie: para ligamento cruzado anterior. En todos estos casos se le imprime a la tibia un movimiento hacia delante con respecto al fémur. Para la evaluación del ligamento cruzado posterior, la posición del paciente es la misma, con el pie en rotación nula, pero el movimiento de la tibia es hacia atrás con respecto al fémur.

Lesiones meniscales: En estas lesiones hay dolor en la interlinea articular, hay limitación en los movimientos de extensión y flexión, además de dolor localizado durante la flexión y extensión máxima, como así también al rotar el pie y la pierna hacia afuera, cuando la lesión se ubica en el menisco interno y hacia adentro con rodilla flexionada cuando la lesión es en el menisco externo.

Prueba de compresión: paciente en decúbito prono, pierna flexionada a 90º, se realiza la rotación externa del pie y la pierna (menisco interno) y / o rotación interna del pie y la pierna (menisco externo), se apoya con fuerza el examinador sobre el talón para comprimir los meniscos, produciendo dolor si hay lesión en ellos.

Prueba de distracción: esta evaluación determina si la lesión es meniscal o si es de ligamentos, el paciente en decúbito prono, con pierna en flexión de 90º, se la aplica una tracción a la pierna y se realiza una rotación externa e interna, esta maniobra tiene como objetivo reducir la presión sobre los meniscos y ejercer tensión sobre los ligamentos tanto laterales como externos

Prueba del chasquido: paciente en decúbito supino, con pierna extendida, una mano sujeta el talón y se realiza la flexión de rodilla y cadera, la otra mano se coloca en la rodilla, con los dedos en la interlinea articular interna y el pulgar en la externa, se realiza rotación externa e interna para relajar la articulación de la rodilla. Luego se hace presión sobre el lado externo para producir una tensión valga y al mismo tiempo una rotación externa de la pierna. Se extiende con lentitud la pierna y se palpa la interlinea articular interna. Si se produce un chasquido tanto de forma palpable como audible en la articulación es probable que exista desgarro en el menisco interno, cuerno posterior.