

PRIMEROS AUXILIOS

1. - DEFINICION DE PRIMEROS AUXILIOS

Primeros auxilios, medidas terapéuticas urgentes que se aplican a las víctimas de accidentes o enfermedades repentinas hasta disponer de tratamiento especializado. El propósito de los primeros auxilios es aliviar el dolor y la ansiedad del herido o enfermo y evitar el agravamiento de su estado. En casos extremos son necesarios para evitar la muerte hasta que se consigue asistencia médica.

Los primeros auxilios son los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas o con enfermedad antes de ser atendidos en un centro asistencial. No son un tratamiento médico. Son un conjunto de decisiones que deben tomarse con sentido común para mejorar las condiciones de una persona hasta que sea atendida por un médico.

Los objetivos de los primeros auxilios son:

- Conservar la vida.
- Evitar complicaciones físicas y psicológicas.
- ayudar a la recuperación.
- Asegurar el traslado de los accidentados a un centro asistencial.

2.- NORMAS GENERALES PARA PRESTAR PRIMEROS AUXILIOS

Ante un accidente que requiere la atención de primeros auxilios se deben recordar las siguientes normas:

- Actuar si se tiene la seguridad de lo que va a hacer. Si existen dudas es preferible no hacer nada porque es probable que el auxilio que se preste no sea adecuado y que contribuya a agravar al lesionado.
- Conservar la tranquilidad para actuar con serenidad y rapidez. Esto da confianza al lesionado y a sus acompañantes. Además contribuye a la ejecución correcta y oportuna de las técnicas y procedimientos necesarios para prestar un primer auxilio. De la actitud del socorrista depende, en gran parte, la vida de los heridos. Debe evitarse el pánico.
- No se debe retirar del lado de la víctima. Si se encuentra solo, solicite la ayuda necesaria (elementos, transporte, etc.).
- Efectuar una revisión de la víctima, para descubrir lesiones distintas a la que motivo la atención y que no pueden ser manifestadas por esta o sus acompañantes. Ejemplo: una persona quemada que simultáneamente presenta fracturas y a las cuales muchas veces no se les presta suficiente atención por ser más visible la quemadura.
- Hacer la valoración de la víctima, de acuerdo con:
No olvide que las posibilidades de supervivencia de una persona que necesita atención inmediata son mayores, si está es adecuada y si el transporte es rápido y apropiado.
Haga una identificación completa de la víctima, de sus acompañantes y registre la hora en que se produjo la lesión.
Dé órdenes claras y precisas durante el procedimiento de primeros auxilios.
Inspeccione el lugar del accidente y organice los primeros auxilios, según sus capacidades físicas y a juicio personal.
Evite el saqueo hasta donde sea posible, sin descuidar la salud de los accidentados. Delegue este tipo de funciones a otras personas.

3.- PROCEDIMIENTO PARA PRESTAR PRIMEROS AUXILIOS

Organice un cordón humano con las personas no accidentadas. Esto no sólo facilita su acción, sino que permite que los accidentados tengan suficiente aire. Pregunte a los presentes quiénes tienen conocimientos de primeros auxilios para que le ayuden.

Preste atención inmediata en el siguiente orden, los que:

1. Sangran abundantemente.
2. No presenten señales de vida (muerte aparente).
3. Presenten quemaduras graves.
4. Presentan síntomas de fracturas.
5. Tienen heridas leves.

Una vez prestados los primeros auxilios, si es necesario, traslade al lesionado al centro de salud u hospital más cercano.

4.- PRECAUCIONES GENERALES

Determine posibles peligros en el lugar del accidente y ubique a la víctima en un lugar seguro.

Comuníquese continuamente con la víctima, su familia o vecinos.

Afloje las ropas del accidentado y compruebe si las vías respiratorias están libres de cuerpos extraños.

Cuando realice la valoración general de la víctima, evite movimientos innecesarios. No trate de vestirlo.

Si la víctima está consciente, pídale que mueva cada una de sus cuatro extremidades, para determinar sensibilidad y movimiento.

Coloque a la víctima en posición lateral, para evitar acumulación de secreciones que obstruyan las vías respiratorias (vómito y mucosidades).

Cubra al lesionado para mantenerle la temperatura corporal.

Proporcione seguridad emocional y física.

No obligue al lesionado a levantarse o moverse especialmente si se sospecha fractura, antes es necesario inmovilizarlo.

No administre medicamentos, excepto analgésicos, si es necesario.

No dé líquidos por vía oral a personas con alteraciones de la conciencia.

No dé licor en ningún caso.

No haga comentarios sobre el estado de salud de el lesionado, especialmente si ésta se encuentra inconsciente.

LESIONES DE RODILLA

Las lesiones de rodilla son quizás las lesiones más frecuentes en todos los deportistas, afectando a futbolistas, ciclistas, esquiadores alpinos, practicantes de lucha o artes marciales, En el 10 % de los casos necesitan tratamiento quirúrgico. Las populares rodilleras, por otra parte, no han demostrado su utilidad en la prevención de las lesiones de los ligamentos de la rodilla.

1.- TIPOS

Las lesiones de rodilla más frecuentes en los deportistas son:

- Lesiones de meniscos
- Esguince del ligamento lateral interno (LLI)
- Lesiones del ligamento cruzado anterior (LCA)
- Luxación de la rótula

2.- DIAGNÓSTICO

El mejor momento para valorar la rodilla es *inmediatamente* después de la lesión. Antes de transcurrida una hora desde la lesión, puede existir ya un espasmo muscular protector. Al cabo de 24 horas puede incluso existir un grado tal de derrame que impida una exploración satisfactoria.

Al valorar las lesiones de la rodilla hay que comparar el lado afectado con el sano. Si existe un derrame, será necesario realizar radiografías para descartar fracturas.

Su médico valorará además el estado neuro-vascular de la pierna y del pie.

3.- LESIONES MENISCALES

Las lesiones de los meniscos ocurren a causa de un mecanismo de torsión o rotación de la rodilla asociado a flexión intensa e hiperextensión.

Los síntomas consisten en dolor, derrames recurrentes y chasquidos, asociados a una limitación de la movilidad. A veces los colgajos meniscales quedan atrapados en la cavidad articular, con lo que la rodilla queda bloqueada o "clavada".

Si estando la rodilla flexionada a unos 90 grados, aparece dolor en la rodilla cuando se realiza una rotación externa del pie, ello es signo de lesión del menisco interno (prueba de McMurray).

Tratamiento. Tras una lesión de menisco, el deportista debe seguir la regla de toda lesión deportiva: reposo, hielo, compresión y elevación. Es conveniente usar muletas para evitar una sobrecarga de peso al andar mientras no hayan remitido el dolor y la hinchazón. En la mayoría de los casos el paciente debe ser derivado al traumatólogo para la reparación de la lesión meniscal mediante **artroscopia** (tubo de fibra óptica insertado en la rodilla bajo anestesia local o regional).

El seguimiento debe planificarse de modo que permita iniciar un programa de rehabilitación y que el paciente pueda reanudar pronto (semanas) la actividad deportiva.

4.- LESIONES DEL LIGAMENTO LATERAL INTERNO DE LA RODILLA

El **ligamento lateral interno (LLI)** es el que proporciona estabilidad a la región interna de la rodilla y suele lesionarse cuando a ésta se le aplica una tensión excesiva en *valgo* (torcedura hacia fuera). Los desgarros del ligamento lateral externo son mucho más raros y están causados por un traumatismo hacia dentro (en *varo*) dirigido hacia el interior de la rodilla.

Los desgarros del LLI se suelen asociar a una lesión del menisco interno.

Diagnóstico. Inmediatamente después de la lesión, el deportista suele ser aún capaz de andar un poco apoyando la pierna afectada. Normalmente, en el momento de la lesión siente dolor en la zona interna de la rodilla, y después, cuando intenta caminar, nota como si la rodilla se "tambalease". El deportista con un desgarro completo del LLI puede referir paradójicamente muy poco dolor al realizar las maniobras, pero al mismo tiempo el médico observa una importante hiperlaxitud en ausencia de un diagnóstico definible. La tumefacción o el derrame articular suelen aparecer al cabo de varias horas de la lesión.

Tratamiento. Un esguince de primer grado (leve) se trata con reposo, hielo, compresión y elevación. Esta lesión suele solucionarse del todo en 5-10 días, tras los cuales el médico puede permitirle reanudar la actividad deportiva. El tratamiento de los esguinces más graves debe realizarlo el traumatólogo.

5.- LESIONES DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DE LA RODILLA

La lesión del **ligamento cruzado anterior (LCA)** es la patología ligamentosa más frecuente y grave de la rodilla. Esta lesión suele ocurrir después de un traumatismo directo; otras veces tiene lugar a consecuencia de una fuerza torsional asociada a una lesión por desaceleración. Las lesiones se observan cuando un deportista cambia de dirección al correr y experimenta un "bloqueo" brusco de la rodilla.

Las lesiones del **ligamento cruzado posterior (LCP)** son menos frecuentes y graves que las del LCA. Están causadas por un traumatismo directo en la región anterosuperior de la tibia. Por ejemplo, cuando se da una patada a un "karateka" en la región de la rodilla mientras tiene el pie firme en el suelo, o cuando alguien cae hacia delante con la rodilla flexionada.

Diagnóstico. Con frecuencia el deportista nota un chasquido al lesionarse, cae al suelo notando un dolor intenso y es incapaz de seguir la competición. En un 60 % al 70 % de los deportistas aparece un derrame hemático (de sangre)

antes de 24 horas. Para valorar una lesión del LCA pueden utilizarse varias maniobras, la más común de las cuales es la prueba del cajón anterior:

- La *prueba del cajón anterior* se realiza con la rodilla flexionada a 30 grados. El explorador se arrodilla junto a la parte externa de la pierna afectada, con una mano estabiliza el muslo y, con la otra, realiza una tracción suave, pero firme, sobre la región proximal de la tibia. Si la tibia se desplaza hacia adelante, existe desgarro del LCA.

Tratamiento. El tratamiento inicial de los desgarros del LCA consiste en reposo, hielo, compresión y elevación, junto con inmovilización estricta o uso de muletas. La rehabilitación exige el inicio precoz de ejercicios de contracción del cuádriceps para prevenir la atrofia y favorecer el reforzamiento muscular. En algunos deportistas son útiles las rodilleras articuladas o de protección. El deportista debe dirigirse de inmediato al traumatólogo, sobre todo si se observan signos radiológicos de fractura o si existe laxitud articular, por si es precisa una artroscopia. A veces la rehabilitación de una rodilla inestable por lesión del LCA puede llevar meses.

6.- LUXACIÓN DE LA RÓTULA

La luxación rotuliana ocurre a consecuencia de un traumatismo en la rodilla o cuando un deportista cambia de dirección y luego hace fuerza en la pierna. Es más frecuente en los adolescentes.

Tratamiento. Si no existen signos de fractura, puede intentarse reducir la luxación mediante la extensión de la rodilla. A veces resulta útil dar masajes en los músculos de la pantorrilla y pedir al deportista que se relaje, con lo cual la rótula debe reducirse en unos minutos. Si el explorador encuentra dificultades en la realización de la maniobra, quizás existe una fractura o un fragmento de cartílago desplazado, en cuyo caso hay que colocar una férula y derivar al paciente a un servicio de urgencias para llevar a cabo una exploración radiológica y la reducción. El tratamiento posterior a la reducción consiste en reposo, hielo, compresión y elevación, junto con el uso de muletas si el paciente no puede caminar. La pierna debe estar elevada mientras persista el

edema y se iniciarán de inmediato ejercicios de reforzamiento del cuádriceps (el músculo anterior del muslo) para prevenir la atrofia.

QUÉ HACER ANTE UNA EMERGENCIA

¿Qué hay que hacer ante una emergencia?

-Prevenir complicaciones.

- Examen previo.
- Funciones vitales.
- Si esta inconsciente, buscar su documentación para saber si sufre alergias o enfermedades.
- Evaluar posibles lesiones.

- Actuar inmediatamente.

- Pedir ayuda.
- Si son lesiones graves, mantener a la persona inmóvil tumbada y caliente.
- Si la persona vomita colocar la cabeza de lado.
- Si las lesiones no son graves se pueden llevar a cabo las primeras curas.
- Es muy importante mantener la calma y la tranquilidad, transmitiéndola a la persona herida.

-El transporte.

Si hay que trasladar a la persona herida y esta consciente existen diversas formas de transporte:

¿Qué no se debe hacer ante una emergencia?

No se debe mover a la persona accidentada.

No hay que dar agua ni bebidas alcohólicas.

No se deben tocar las heridas con los dedos.

Roturas Tendinosas Y Musculares

La distensión muscular se produce cuando los músculos o tendones se estiran y desgarran; a menudo son causadas al levantar algo pesado o al forzar demasiado un músculo.

Suele suponer un problema el diferenciarlas de un esguince, pero generalmente, en éstos los síntomas se encontrarán a nivel de las articulaciones, mientras que las distensiones aparecen en una zona muscular.

-Como actuar:

- Inmovilizar la zona.
- Aplicar frío local.
- Elevar la extremidad afectada y mantenerla en reposo, para disminuir la inflamación.
- No aplicar pomadas antiinflamatorias ni analgésicos, ya que enmascaran los síntomas.

Calambre muscular

Normalmente se producen durante la noche, después de un día de una actividad

anormalmente intensa; menos a menudo se producen durante el día, con el ejercicio. Un movimiento inquieto o estiramiento cualquiera producirá una contracción dura de un músculo (más frecuentemente del pie o pierna) que no puede relajarse voluntariamente.

El músculo está visible y palpablemente duro y doloroso, distinguiéndose fácilmente de una experiencia sensorial ilusoria de calambre doloroso sin o con poca contracción, como en la claudicación intermitente y en ciertas enfermedades del nervio periférico.

El masaje y estiramiento vigoroso del músculo con calambre harán que ceda el espasmo aunque, durante algún tiempo, el músculo permanece excitable y propenso a calambres recurrentes. Puede preceder y seguir al calambre una fasciculación visible, que indica una excesiva excitabilidad de la neurona motora que inerva el músculo.

Contusiones

Son lesiones originadas por la acción violenta de instrumentos y mecanismos (palo, piedra, caídas, etc.) que chocan violentamente contra el organismo, originando diversas alteraciones, pero sin producir la rotura de la piel o de las mucosas, que ceden sin romperse, debido a su elasticidad.

-Clasificación:

Según la intensidad del traumatismo o golpe, se dividen en.

- Contusiones mínimas:

No se produce ninguna alteración o desgarramiento de planos profundos.

Por efecto del pequeño golpe (bofetada o azote, etc.) se produce en la zona afectada un enrojecimiento (vasodilatación) por lesión de los vasos sanguíneos, formando un "moratón".

No se requiere tratamiento y desaparecen en un corto espacio de tiempo.

No obstante, se pueden aplicar sobre la zona compresas frías.

-Contusiones de primer grado:

Si el golpe es un poco mayor, se afectan únicamente las zonas superficiales y los pequeños capilares de la zona, que por la acción del golpe, se rompen, produciéndose una minúscula pérdida sanguínea, llamada equimosis o cardenal.

Se aprecia a través de la piel, que se forma de color amoratado. Las equimosis pueden ser precoces o tardías. Pueden localizarse en el foco de lesión o a distancia. La sangre extravasada tiende a ir a planos declives. Esta equimosis

desaparece al cabo de unos días, variando su color a verdoso y después, amarillento por reducción o modificación de la hemoglobina de la sangre.

Los síntomas, aparte del dolor, se completan con una discreta paresia muscular, más intensa cuando el golpe se localiza sobre algún trayecto nervioso.

No suelen requerir tratamiento, aunque sus síntomas se mitigan:

- Manteniendo la zona en reposo.
- Con la aplicación de compresas frías

-Contusiones de segundo grado:

Al ser más intenso el traumatismo o golpe recibido, se lesionan vasos mayores y la contusión se caracteriza por una colección líquida, que produce relieve, y lo que conocemos con el nombre de hematoma o “chichón”

Primeras medidas a tomar:

- Inmovilizar la zona afectada.
- Aplicar frío local.

No pinchar ni intentar vaciar los hematomas. Se reabsorben por si solos.

-Contusiones de tercer grado:

Son aquellas en que, aunque la piel en un primer momento puede tener un aspecto normal y después tornarse de un color grisáceo, hay un aplastamiento intenso de partes blandas (grasa, músculo) que pueden quedar reducidas a una especie de masa, incluso pueden estar afectadas otras estructuras como nervios, huesos etc.

Primeras medidas a tomar:

- Como la piel, aunque intacta de aspecto, ha sufrido también los efectos de la contusión y presenta gran fragilidad, debe pincelarse con sustancias antisépticas, tipo povidona yodada para evitar su rotura.
- Inmovilización de la zona afectada.
- Elevación en caso de tratarse de una extremidad.
- Traslado a un Centro Sanitario para su tratamiento definitivo.

Relajación

El objetivo fundamental de los métodos de relajación consiste en la producción bajo control del propio sujeto de estados de baja activación del sistema nervioso autónomo. Estos estados de baja activación se logran como una consecuencia del establecimiento de determinadas actitudes y actividades cognitivas. Su logro repercutirá en un mayor autocontrol de sus conductas emocionales, comportamentales e intelectuales. Usted no debe intentar esforzarse en lograr directamente la relajación. Toda actitud de esfuerzo o de mantenimiento de una expectativa de logro de relajación va a ser contraproducente ya que contribuirá a producir un estado exactamente opuesto a lo que se pretende.

La actitud básica debe consistir en la eliminación de toda expectativa de "tener que hacer" o "tener que lograr". Debe centrarse en las tareas que a continuación se describen poniendo toda la atención posible en su realización y consecuentemente tratando de evitar cualquier tipo de representación ajena a la tarea.

Se debe confiar en que la relajación se producirá como un efecto colateral a la realización de la tarea.

Un ejercicio de relajación es mejor hacerlo en una habitación con poco ruido y poca luz, preferiblemente en una postura de decúbito supino (boca arriba) sobre una cama. Sin embargo, algunos de ellos pueden hacerse sentado y en condiciones de ruido y luminosidad variables.

Programa de Relajación

El programa de relajación propuesto en el siguiente cuadro es un esquema simplificado para realizar la relajación en poco tiempo.

MANOS/ANTEBRAZOS/BÍCEPS DOMINANTES

- APRETAR EL PUÑO.
- EMPUJAR EL CODO CONTRA EL BRAZO DEL SILLÓN.

MANOS / ANTEBRAZOS / BÍCEPS NO DOMINANTES

- IGUAL QUE EL MIEMBRO DOMINANTE

FRENTE, CUERO CABELLUDO, OJOS Y NARIZ.

- SE LEVANTAN LAS CEJAS TAN ALTO COMO SE PUEDA
- SE APRIETAN LOS OJOS AL TIEMPO QUE SE ARRUGA LA NARIZ

BOCA Y MANDÍBULA

- SE APRIETAN LOS DIENTES MIENTRAS SE LLEVAN LAS COMISURAS DE LA BOCA HACIA LAS OREJAS
- SE APRIETA LOS LABIOS HACIA FUERA
- SE ABRE LA BOCA

CUELLO

- SE DOBLA HACIA LA DERECHA
- SE DOBLA HACIA LA IZQUIERDA
- SE DOBLA HACIA DELANTE
- SE DOBLA HACIA ATRÁS

HOMBROS, PECHO Y ESPALDA

- SE INSPIRA PROFUNDAMENTE MANTENIENDO LA RESPIRACIÓN AL TIEMPO QUE SE LLEVAN LOS HOMBROS HACIA ATRÁS, INTENTANDO QUE SE JUNTEN LOS OMÓPLATOS

ABDOMEN

- SE METE HACIA DENTRO CONTENIENDO LA RESPIRACIÓN
- SE SACA HACIA FUERA CONTENIENDO LA RESPIRACIÓN

PIERNAS Y MUSLOS

- SE INTENTA SUBIR CON FUERZA LA PIERNA SIN DESPEGAR EL PIE DEL ASIENTO

PANTORRILLA

- SE DOBLA EL PIE HACIA ARRIBA TIRANDO CON LOS DEDOS SIN DESPEGAR EL TALÓN DEL SUELO

PIE

- DOBLAR LOS DEDOS HACIA ARRIBA Y LUEGO HACIA ABAJO

Control de la Respiración

La respiración es una función vital la cual no todo el mundo maneja correctamente por las condiciones de vida actuales. Al respirar solemos hacerlo acelerada y superficialmente.

Con las técnicas de control de la respiración pretendemos que las personas aprendan a utilizar todos los elementos que constituyen la respiración.

Esquema de los Ejercicios:

EJERCICIO 1: La persona debe conseguir dirigir el aire procedente de la inspiración hacia la parte inferior de sus pulmones. Para ello mover en la respiración la zona del vientre pero no la del estómago ni la del pecho.

EJERCICIO 2: La persona debe dirigir el aire hacia la parte inferior y media de los pulmones. Durante la respiración se moverá la zona del vientre y del estómago, pero no la del pecho.

EJERCICIO 3: El objetivo es conseguir la inspiración completa. Dirigir el aire primero a la zona del vientre, después a la del estómago, y por último al pecho (3 tiempos en la misma inspiración)

EJERCICIO 4: Aquí la espiración debe de ser más completa, el proceso es el mismo que en el ejercicio 3 pero simplemente que en la espiración fruncimos los labios.

EJERCICIO 5: El ejercicio es parecido al anterior, lo único que varía es que la inspiración debe de realizarse en un tiempo y no en tres.

EJERCICIO 6: El objetivo de este ejercicio es realizar la respiración completa. Para ello irlo habituando a la vida cotidiana poco a poco.

LESIONES EN EL FÚTBOL Y PRIMEROS AUXILIOS

En este deporte se suceden una serie de lesiones que en muchos casos suelen ser frecuentes, y como es común en el fútbol base, las personas que auxilian estas lesiones son los propios entrenadores, padres o delegados que tienen un gran espíritu de ayuda pero no siempre la información o los materiales adecuados. Por éstas razones hemos enumerado una lista de lesiones que van desde las mas comunes hasta las mas complejas, como reconocerlas y que hacer para que esa valiosa atención sea efectiva.

Prevención: No sólo la prevención pasa por una buena preparación física, una adecuada alimentación e indumentaria. En estos casos de atención ante una lesión, la buena prevención pasa por tener un botiquín de primeros auxilios con los elementos indispensables para poder entrar al campo y atender al lesionado de manera efectiva. Ya que vemos muchas veces socorrer una lesión armados solo con la conocida agua bendita, y esto no es suficiente...

Un botiquín básico: Es fundamental que el entrenador exija al club un botiquín de primeros auxilios en condiciones. Lo que no puede faltar: desinfectante (para las heridas), spray frío para golpes y contusiones (tipo clorotilo), agua oxigenada, alcohol, spray (tipo reflex), esparadrapo (de distinto grosor), tiritas (de todo tipo), algodón, gasa, vendas (de algodón y elásticas), bolsas de frío, crema (tipo Radiosalil o similar), vaselina, aspirinas y unas tijeras. Tener siempre en cuenta la caducidad de los productos y su estado de higiene.

Tipo de lesiones nos podemos encontrar:

I) Lesiones musculares

1. Estiramiento muscular (agujetas)

No hay rotura muscular, ni lesión anatómica visible. Se da en músculos con sobrecarga, produciendo en ellos un ligero dolor.

Auxilio: Según el grado, descenso de la carga de trabajo, estiramiento del músculo afectado y aplicación de desinflamatorio local (frío).

2. Desgarro muscular

Se produce rotura muscular, que puede ser parcial o total. Se da por fuerza excesiva, mal entrenamiento o gesto técnico incorrecto. Hay un dolor muy intenso, una impotencia funcional, sin limitación articular, como así también una inflamación visible.

Auxilio: Interrupción inmediata de la actividad; según el grado, inmovilización de la zona afectada, reposo y atención médica.

3. Calambre

Es una contractura violenta, permanente y dolorosa, que se da por asfixia muscular, sobreesfuerzo, mal entrenamiento o mala alimentación.

Auxilio: detención momentánea de la actividad, elongación del músculo afectado, hidratación y masaje.

4. Contractura

Esta lesión se da por una agresión externa, no hay lesión anatómica visible, pero sí una contracción violenta del músculo.

Auxilio: Según el grado, estiramiento y masaje, desinflamatorio local.

II) Lesiones tendinosas

1. Tendinitis

Es una inflamación del tendón, producida por una sobrecarga, tensión excesiva, o

movimiento anormal del mismo.

Auxilio: comprobación funcional del tendón. Si hay lesión aguda, inmovilización. Si es crónica, reposo y fisioterapia.

2. Rotura del tendón de Aquiles, tendón tibial anterior, etc.

Pueden ser parciales o totales, hay un dolor muy agudo y una incapacidad funcional del tendón.

Auxilio: suspensión inmediata de la actividad y tratamiento médico urgente.

III) Lesiones articulares

1. Esguince

Es una de las lesiones más frecuentes en el fútbol, se produce una distensión o rotura ligamentosa, sin desplazamiento de las superficies articulares, por un traumatismo directo o indirecto, sobrepasando los límites de la articulación. Es muy frecuente en el fútbol, sobre todo esguinces de tobillo y rodilla. Puede clasificarse en:

Grado I: esguince simple, es la elongación del ligamento sobrepasando su límite elástico. Sus síntomas son dolor variable a la palpación, inflamación moderada pero con articulación estable. **Auxilio:** detención de la actividad, frío y vendaje.

Grado II: rotura incompleta del ligamento, dolor intenso que aumenta con el movimiento, edema (inflamación) e impotencia funcional relativa. **Auxilio:** detención de la actividad, frío, vendaje, reposo, consulta al médico.

Grado III: rotura completa del ligamento, dolor muy intenso y agudo, con edema y hematoma, impotencia funcional, inestabilidad de la articulación. **Auxilio:** detención inmediata de la actividad, frío y hospital.

2. Lesión de meniscos

Se produce por traumatismo (golpe) indirecto, a través de una flexo extensión más rotación. Hay síntomas de dolor, bloqueo de la articulación y limitación funcional.

Auxilio: aplicar frío, reposo, vendaje compresivo, y visita al médico.

IV) Fracturas

Puede darse en el fútbol por golpe, caída o mal estado del terreno de juego. Dicha lesión puede ser abierta o cerrada; completa, incompleta o con fisuras. Sus características son

el dolor que aumenta con la palpación, impotencia funcional, hemorragia interna o externa y, en ciertos casos, deformidad.

Auxilio: Inmovilización; si la fractura es abierta, aplicar un apósito; si hay hemorragia, compresión. Bajo ningún caso manipular la lesión e impedir que se mueva. Acudir con urgencia al médico.

V) Luxaciones

Es la pérdida total o parcial de la relación entre las superficies óseas de una articulación. Se observa impotencia funcional, inflamación, dolor y deformidad.

Auxilio: inmovilización y traslado urgente al médico.

VI) Otras lesiones

1. Contusiones

Traumatismo cerrado producido por un golpe. Hay roturas de vasos y capilares (hemorragia)

Auxilio: aplicar frío, reposo, elevación del miembro afectado, no masajear.

2. Heridas

Discontinuidad de piel por trauma externo. Hay dolor, hemorragia y separación de los bordes, con posible infección.

Auxilio: limpiar y quitar cuerpos extraños, cortar colgajos, cortar la hemorragia, desinfectar, y aplicar apósitos si conviene, usar material estéril. No usar alcohol, pomadas ni algodón.

3. Heridas graves o profundas

Auxilio: Limpieza somera, apósito y hospital.

4. Abrasiones y erosiones

Es una herida superficial, sin separación de bordes, debida a roces o deslizamientos.

Auxilio: Limpieza, desinfección y apósitos.

5. Ampollas

Desbridamiento (por fricción) entre dermis y epidermis.

Auxilio: no quitar la piel. Si la ampolla es grande, pinchar; y si se rompe, aplicar tratamiento de heridas.

6. Hemorragias

Hay tres tipos: arteriales, venosas y capilares.

Auxilio: compresión directa con material esterilizado sobre la lesión y aplicación de vendaje compresivo. **Nunca** torniquete. Traslado inmediato al hospital. De nariz: cabeza hacia atrás, taponamiento de las fosas nasales, comprimir las alas de nariz y aplicar hielo en la frente.