

Las minas quebrantan esperanzas de recuperación

La demora en llegar a los centros de atención y las infecciones limitan el desarrollo de procedimientos para reconstruir los tejidos de las víctimas.

JUAN ESTEBAN MEJÍA UPEGUI
para EL TIEMPO

SALUD

Cualquier intento por salvar la extremidad de un paciente que ha pisado una mina antipersona, en la mayoría de los casos, es imposible desde el punto de vista ortopédico.

Así fue lo que encontró el ortopedista León Mora cuando recibió a Gilma Cardona, una paciente de 56 años que llegó al hospital Pablo Tobón Uribe el pasado 22 de noviembre después de haber pisado una mina esa mañana.

Esta habitante de Abejorral había salido de su casa en compañía de Ángela López, su hija de 24 años, y una yegua cargada de verduras y hortalizas que le darían a Bernardo Cardona, un tío de la señora.

Cuando se encontraban cerca de la casa del pariente, a eso de las 11:00 a.m., se escuchó un estallido.

Al mirar, Ángela encontró a su mamá tendida en la manga con heridas graves. Empezó a gritar hasta que Bernardo salió a socorrerlas.

El hombre buscó sin éxito el pedazo de la pierna derecha que notó que le faltaba a Gilma. Luego improvisó una camilla con dos costales y cuatro palos. Ambos la cargaron. Tres horas más tarde, llegaron a la carretera.

A las 3:00 de la tarde arribaron al hospital central de Abejorral, donde le controlaron levemente las heridas y la hemorragia. Apenas esa noche la mujer vino a recibir atención especializada en Medellín después de ser trasladada en un helicóptero.

En el quirófano, Mora, el ortopedista, encontró que la mujer tenía amputación de su pierna derecha casi hasta la rodilla, que tenía infecciones y que la tibia izquierda estaba fracturada y había traspasado la piel.

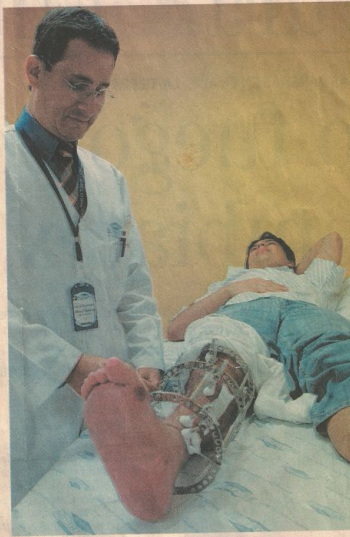
Aunque pudimos controlar las infecciones, ella perdió una pierna. En la otra, estabilizamos el hueso y le pusimos un fijador externo para corregir la fractura. Después de mes y medio lo quitamos y pusimos un clavo dentro de la médula para terminar el tratamiento", explicó Mora.

Según Jorge López, ortopedista del hospital San Vicente de Paúl, lo más difícil que se encuentra cada que atiende a una víctima de una mina es la infección, producida por la tierra, las hojas secas y el largo tiempo que demoran en llegar al centro de atención.

A eso se suma que muchos de los artefactos son contaminados adrede con ácido sulfúrico, pintura y pegantes como el Gale.

"Generalmente, los pacientes víctimas de minas llegan con graves lesiones en las extremidades inferiores, además de la infección", comentó López.

Y es que una mina de 500 gramos de explosivos, las más comunes en Antioquia, es suficiente para destruir las dos piernas de la víctima. El pedazo que se desgarga con la explosión puede volar hasta



EL ORTOPELISTA LEÓN MORA reconoce que las condiciones en que llegan las víctimas de minas antipersonas al hospital Pablo Tobón Uribe limitan el salvamento de las extremidades. Luis Bertrando

15 metros a la redonda del punto de impacto. Cuando esto ocurre, pocas veces lo encuentran.

Por esa razón es que normalmente los traumas de minas se solucionan con la amputación de la extremidad lesionada. El año pasado, 71 civiles antioqueños fueron víctimas de estos artefactos.

"Los ortopedistas que atendemos traumas severos so-

mos capaces de hacer cirugías complejas como trasplantes y alargamientos de huesos para reconstruir las extremidades, todo con el fin de que el paciente recupere su movilidad. Pero frente a semejantes casos, nos quedamos cortos", resaltó Mora.

Con ese argumento explicó porque a Gilma sólo pudo estabilizarle la fractura de la pierna izquierda y tuvo que amputar la derecha hasta un

poco más arriba de la rodilla, pues el daño de los tejidos era irreparable y lo mejor que pudo hacer fue impedir que la infección siguiera regándose por el resto del cuerpo.

PARA SALVAR UNA EXTREMIDAD

Cuando se presentan lesiones severas en las extremidades, los especialistas pueden hacer reconstrucciones si no hay una pérdida exagerada de tejidos.

En los huesos, se pueden hacer alargamientos por medio de una técnica llamada osteogénesis por distracción o callositas, que consiste en cortar un hueso y esperar cerca de 15 días que en la fractura se forme el callo óseo.

Éste surge como un chicle que permite ser manipulado y estirado por medio de aparatos aferrados a la extremidad del paciente, que alargan el hueso un milímetro por día. Así se va rellenando la parte ósea que se perdió en el accidente o que se debió extraer por infecciones, por ejemplo.

Finalmente, el callo se endurece y toma el grosor del hueso.

Otra forma habitual son los trasplantes o los injertos. Esta práctica consiste en poner un hueso de otra persona o del mismo paciente donde el trauma causó la pérdida ósea.

También se pueden usar prótesis sintéticas hechas con metales compatibles con el cuerpo del paciente o con sustitutos óseos como corales sulfato de calcio, mezclas de colágeno y sales de tricalcio, que permiten que se estimule la formación del hueso y se corrijan los defectos.