

Tratamiento de las heridas al descubierto

por el Dr. S. PÉREZ VÁZQUEZ

Sanidad de Carabineros

La costumbre inveterada de vendar las heridas y cubrirlas con apósitos más o menos modificadores creo, que aunque tiene lógica en un gran número de ellas se modificará bastante, para realizar en un gran número de casos, si no en todos, la cura al descubierto, es decir, sin aplicación directa de ningún apósito sobre el tejido lesionado.

Esta manera de actuar es cada vez más segura y, en este año y medio de guerra, las pruebas y contrapruebas realizadas y las ventajas de la cura libre de las heridas sobre el sistema de aplicación de apósitos, nos inclina, de una manera franca, por el sistema que preconizamos.

Claro es que los tiempos llevan su ritmo y, así la costumbre del desnudismo sobre ciertas partes del cuerpo o en total, se preconiza y extiende, puesto que sus beneficiosos efectos sobre el organismo son tan apreciables al ponerse éste en contacto con la naturaleza, sol, aire, etc., así como también los factores ciclotónicos que, actuando sobre toda nuestra economía, producen reacciones a las cuales el organismo se acostumbra, se encuentra sumamente beneficiado, y a la inversa, los perjuicios que le originan son evidentes.

Así como el desnudismo en las partes normales se impone, así creemos nosotros que el desnudismo metafórico en el tratamiento de las heridas, cada día será más extendido y sus beneficios más pregonados.

Si bien es verdad que la naturaleza nos muestra sus ejemplos admirables de curación al aire libre de las heridas en toda clase de animales, principalmente en los salvajes, también es verdad que este hecho de observación no ha sido apreciado en su valor por los cirujanos, entendiéndolo nosotros que ha sido por los prejuicios de la época de la asepsia que confunde y atemoriza el dejar una herida al descubierto, puesto que parece que este tratamiento va en contra de los principios fundamentales de la misma.

Nosotros creemos que no hay tal y como veremos, el tratamiento al aire libre, de las heridas producidas en los tejidos, piel, celular subcutáneo, y muscular, en cicatrización per priman, o en segunda o en tercera cicatrización se tienen que cumplir estos requisitos para el logro de los efectos beneficiosos de la cura al descubierto de las heridas en los tejidos anteriormente dichos.

No hacemos más, con estos tratamientos, que aprovechar energías o estímulos del medio exterior que actúan sobre los tejidos mencionados, y con este procedimiento no son contrarrestados por los efectos de adhesión y pegamiento, aparte del irritativo que produce en muchos casos el apósito directamente colocado sobre la herida.

Claro es que estos tratamientos tienen que aplicarse y sumarse a las condiciones de reposo y mejor posición de colocación del miembro, para que su nutrición, favorecida por el tratamiento postural, coadyuve al mejor éxito del tratamiento.

Si anteriormente dijimos que la curación de heridas al aire libre en los animales, era proceso al cual los cirujanos no le habían dado toda su importancia, como hecho de observación para que sirviera de base a la experimentación, no dejaremos de recordar que si bien en los traumáticos no es extendido este sistema, en honor a la verdad, en los procesos ulcerosos crónicos, en los atónicos, tuberculosis, etc., sí han sido de aconsejar, y se ha practicado en gran escala, la helioterapia, el baño de luz, etc., pero de un modo temporal buscando los efectos reaccionales de los rayos actínicos, en períodos más o menos cortos para después volver a colocar el apósito sobre la lesión.

Nosotros preconizamos el tratamiento de las heridas sin apósito directo, habiendo tenido resultados buenos. Lo empleamos en todas las circunstancias y disponemos de apósitos puentes para hacer el tratamiento continuo al descubierto de las heridas de los miembros.

Si de una manera somera nos recordamos de los procesos de cicatrización y de los factores que intervienen, veremos como este tratamiento conserva los principios fundamentales de la asepsia.

Toda herida podemos decir que tiene una primera parte de defensa inmediatamente después de producida, que es el coágulo que se forma y que es el primer tapón o barrera natural que cubre y aísla la superficie sangrante. Bajo esta capa el mesenquima reacciona y sus fibroblastos, células emigrantes enanas, células cebadas, leucocitos, reaccionan y dan lugar, junto a las fibras colagenas y fibras de tejido conjuntivo a la granulación.

La granulación es el elemento fisiológico e individual de defensa de la

herida; la valla que la aísla del exterior, y prueba de su individualidad son las funciones de absorción, tan diferentes en la granulación joven como en la granulación adulta. La granulación se observa con capacidad de absorción para ciertas substancias, como el azul de metileno, al aplicarse sobre ellas y asimismo, en menor intensidad, como en los compuestos del yodo, es refractaria la granulación a la absorción de toxinas. Cuando nosotros aplicamos sobre ella toxina antidiftérica, antitetánica, no podemos demostrar en el organismo anticuerpos, prueba evidente de no haber sido absorbida la toxina, e indica en la granulación un poder de selección; no absorbe la granulación, colorantes como tinta china, etc., las partículas de carbón puestas en contacto con la granulación podemos demostrar su emigración en dosis mínimas hasta el interior de las mismas; es decir, la granulación es la barrera natural a la cual hay que estimular y respetar, para que el proceso de cicatrización sea rápido y perfecto. (Gráfico 1.)

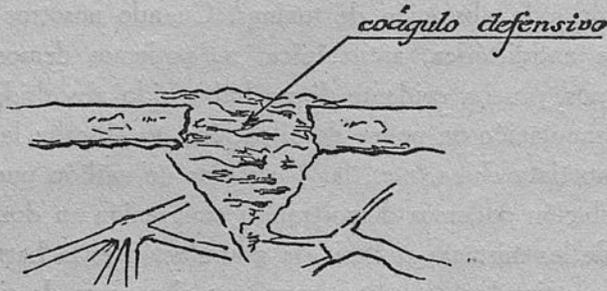
Claro es que la granulación fisiológica por alteraciones especiales puede desviar su crecimiento, no ser el normal y producirse las granulaciones patológicas que alteran la marcha de las cicatrizaciones, y entonces, en poco se diferencia la granulación de la entidad nosógena tubérculo, bien sea producida por materias orgánicas, por bacilos ácido-resistentes, etc.

No solamente las células del mesenquima intervienen en la granulación, sino que las alteraciones de las fibras del tejido mesenquimatoso y de los vasos, tienden a su estructura o formación. Las formaciones vasculares son vasos de neoformación, brotes de capilares, frágiles que tanto éstos como las fibras de tejido conjuntivo, siguen en la cicatrización dos fases. Las fibras en el primer período, aumentan de volumen, aumentan en capacidad de absorción para el agua, y en un segundo período se retraen y devuelven el agua de inhibición. Los vasos, en el primer período de sus brotes, tienden a formar asas, a partir de los capilares y arteriolas, para después, en un segundo período, obliterarse y formar capilares potenciales y capilares permanentes.

Toda esta formación anatómica de células, fibras en inhibición y vasos neoformados, son los elementos que constituyen la granulación, tan frágiles, que un apósito directo, al ser levantado, difícilmente se concibe que no pueda alterar alguno de estos elementos, no solamente alterarlos, sino que su presencia es un estímulo irritativo desproporcionado y si bien en los primeros momentos, como coadyuvante, para facilitar la coagulación y formar el coágulo, primera barrera defensiva, es necesario y aún preciso, pasadas las 24 ó 48 horas no lo creemos necesario, puesto que disponemos de medios de aislar la herida del exterior y no la perjudicamos con el apósito directo.

Gráfico nº 1

1^{er} Período



2^o Período

Granulación defensiva



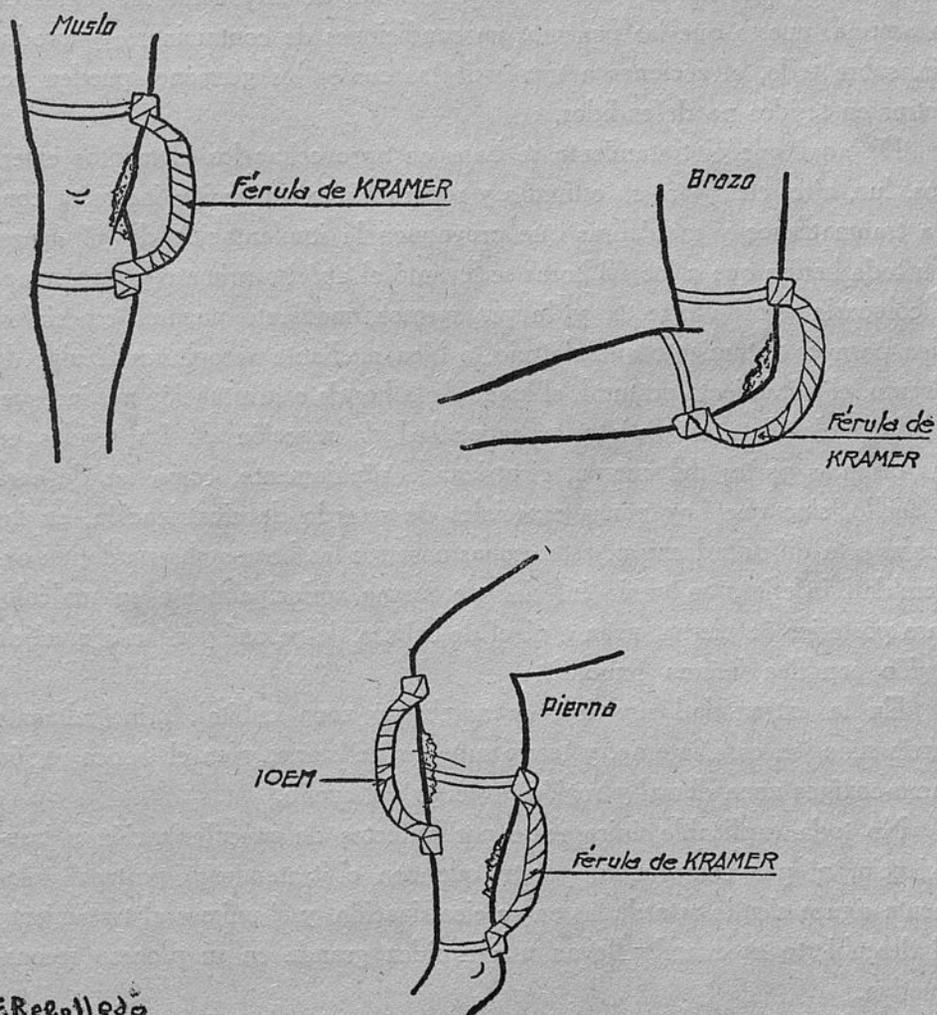
3^{er} Período

Defensa total de la herida

F. Rebolledo



Gráfico n.º 2



F. Reolledo

Puentes para el tratamiento ambulatorio de las heridas al descubierto

La granulación rige las funciones de exudación interviniendo en el metabolismo del agua en la herida, que en los primeros momentos aumenta y retiene, y en los períodos terminales elimina y devuelve; asimismo rige el valor del Ph en las heridas y el metabolismo de las sales que precisan en su aporte de nutrición y reparación.

Teniendo en cuenta estos factores, comprenderemos que el tratamiento al descubierto de las heridas elimina la posibilidad de involucrar las reglas de la asepsia, puesto que las ponemos en condiciones de contaminarse y producir, sobre todo, efracciones a través de las cuales los gérmenes pueden penetrar en tejidos no defendidos.

De aquí que el tratamiento se basa en aprovechar los elementos externos, luz, aire, etc., para su estímulo y reparación y protección indirecta contra traumatismos y maniobras que provoquen la implantación de gérmenes. En toda herida que a las 48 horas se levantó el apósito primero, no volvemos a colocarle apósito directo, y la protegemos, mediante puentes especiales, bien para el tratamiento ambulatorio, o bien mediante aeroplanos férulas de Braum, el tratamiento postural, el lugar de la herida o su situación nos indique.

No solamente es distinta la capacidad de reacción de los tejidos en las distintas partes del cuerpo, cicatrizando rápidamente, como las de cara y cuello, sino que hay zonas especiales de retardo de cicatrización, en las cuales esta dificultad existe; estas zonas nosotros las hemos observado, en extremidad inferior, en tercio inferior de pierna, principalmente en maléolo, cara posterior de pierna, zona a nivel de cabeza de peroné y zona a nivel de región condilea interna femoral.

En la extremidad superior, en antebrazo zona cubital, principalmente tercio superior, cara interna, y tercio superior de brazo, y en el tronco región sacro-coxígea zona dorsal y región posterior del cuello.

No toda explicable únicamente por defectos de vascularización e insuficiencia, ni por compresión, puesto que con el tratamiento postural solamente siguen siendo retardadas en su cicatrización, y si unimos el tratamiento al descubierto es cuando llevan una rapidez grande en su proceso reestructivo.

Los factores que se añaden a la cura al descubierto de las heridas, como aireación, baños de sol, ultravioleta, son complementos precisos pero no absolutamente necesarios que intervengan como decisivos en la curación, puesto que la mayoría de las heridas curan sin necesidad de otros elementos que los propios de la reacción tisular.

Como coadyuvantes se emplean distintos elementos desde la tintura de

TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS AL DESCUBIERTO

yodo, hasta las pomadas a base de insulina, pasando por los colorantes a base de eosina, azul de metileno, violeta de metilo, pomadas con cloramina en sus múltiples facetas, tul grasos, inmunizols diversos, pasando por los substitutivos colorantes americanos para el tratamiento acompañando los anteriores las pomadas a base de talco, óxido de cinc, bálsamo del Perú, etc., y el rojo escarlata, etc., que tiene sus indicaciones y aun sus necesidades en momentos determinados.

La marcha de nuestras curas es: a las 24 ó 48 horas se levanta el primer apósito, lavado con suero fisiológico, y después fumigación con éter; no se coloca ningún apósito directo a la herida, y en la zona lesionada, según tamaño y forma, colocamos un puente hecho con alambre o férula de Kramer (véase gráfico 2) dejando la herida libre, y por encima del puente una gasa que la preserva del contacto nocivo, roces, etc.

Con este sistema el enfermo puede, si está indicado, vestirse y andar a la par que sigue su cura al descubierto, y si tiene que tomar sol, luz ultra violeta, no precisa más que levantar del puente la gasa y ser aplicada.

Otras veces el lavado es con suero hipertónico salino o glucosado, según indicación, y siempre con el puente aislante que le mantiene su herida sin contacto con apósito alguno. Y podemos decir que los resultados son muy agradables, sobre todo cuando hemos comprobado curas que con el sistema del contacto con el apósito las mantenía meses y meses, y en las recientes ver la rapidez de curación y reliquias mínimas en la cicatriz.