

Aportaciones al estudio del tratamiento de heridas al descubierto

por el Dr. A. ELIK

Capitán Médico

En la actualidad, casi no se discute el empleo del método abierto de curación. Como en toda la medicina, también aquí se ha demostrado la existencia de un círculo de indicaciones que se va ensanchando con el perfeccionamiento de la nueva técnica del tratamiento de la herida. Esta técnica ha sufrido, en el curso de la guerra española por la libertad y la democracia, una serie de evoluciones que conducen en conjunto a simplificar el proceso curativo, a disminuir la intervención médica y a respetar más la capacidad fisiológica del cuerpo (herida). Quedan pocos cirujanos en el frente que lleven a cabo la asepsia de la herida según Friedrich; casi ninguno pincela la herida con tintura de yodo; muchos cirujanos se separan de la cura diaria y se inclinan a dejar en reposo la herida, absteniéndose también de lavarla. Raras veces vemos la herida "empaquetada" en enormes cantidades de material de cura. Principalmente ha disminuído el consumo de algodón hidrófilo. El vendaje evoluciona hacia lo más ligero, portátil y económico.

El método de tratamiento al descubierto se ha aplicado hasta ahora principalmente a las grandes heridas muy infectadas o supurantes, casi siempre a las fracturas complicadas de las extremidades. A menudo se usaba esta técnica con los heridos que guardaban cama y no podían levantarse. Como accesorio técnico para apartar la gasa o sábana que protege a la herida, se empleaban jaulas y armazones de alambre y diversas construcciones y puentes de férula de Kramer. Todo esto puede seguirse aplicando, sin duda, a los heridos acostados. Pero en el momento en que alguno prueba de levantarse, el médico se ve obligado muy a menudo a interrumpir el tratamiento abierto, ya que se está muy lejos de poder preparar construcciones portátiles de hierro o alambre, y tampoco todos los heridos están conformes en llevarlas.

Este mismo factor, unido al deseo de aplicar el tratamiento abierto a las heridas pequeñas que no obligan al enfermo a guardar cama, me condujeron a emplear la técnica que ofrezco a los lectores.

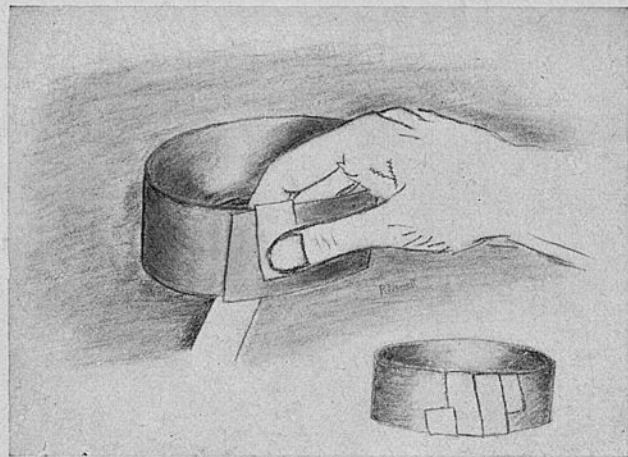


Fig. 1

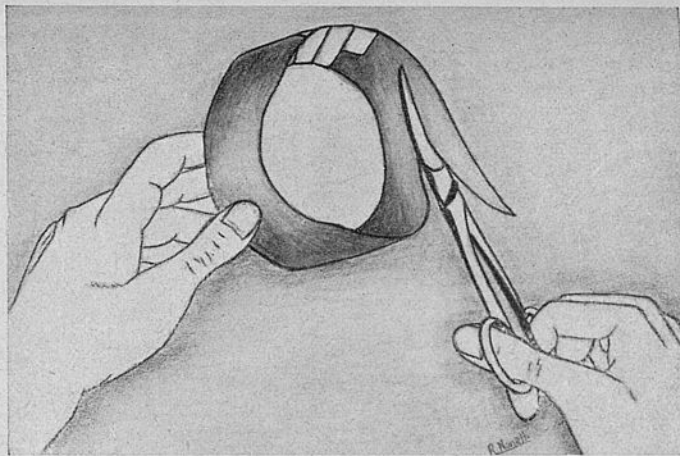


Fig. 2

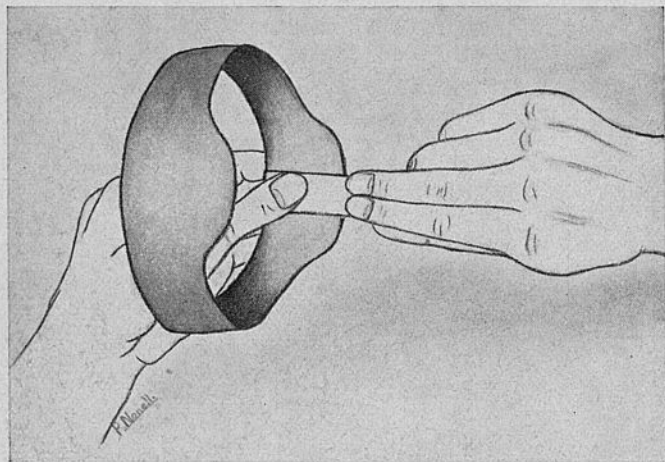


Fig. 3

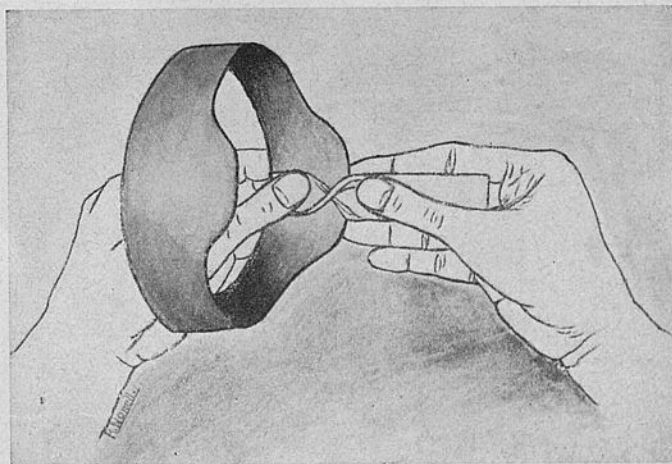


Fig. 4

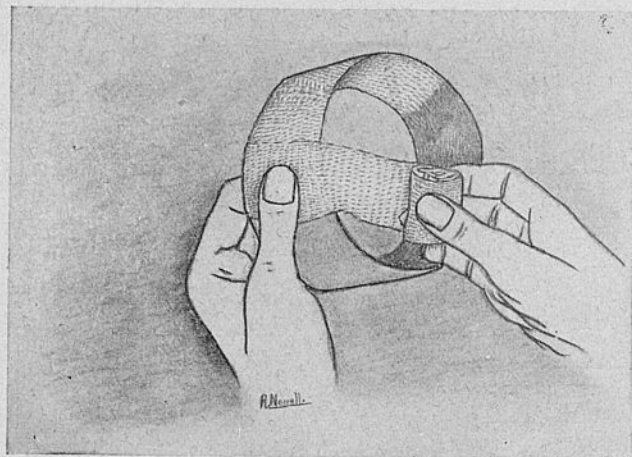


Fig. 5

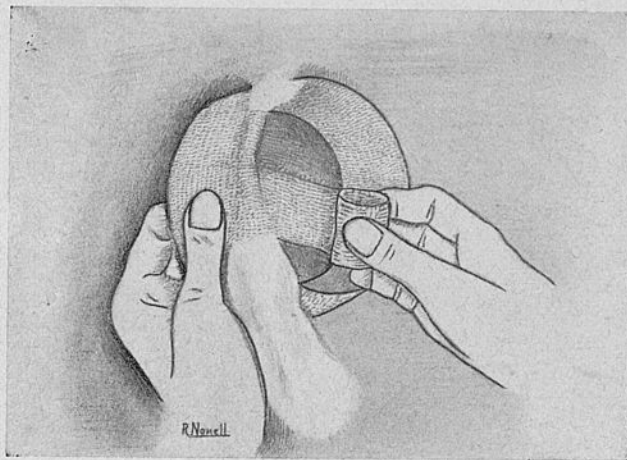


Fig. 6

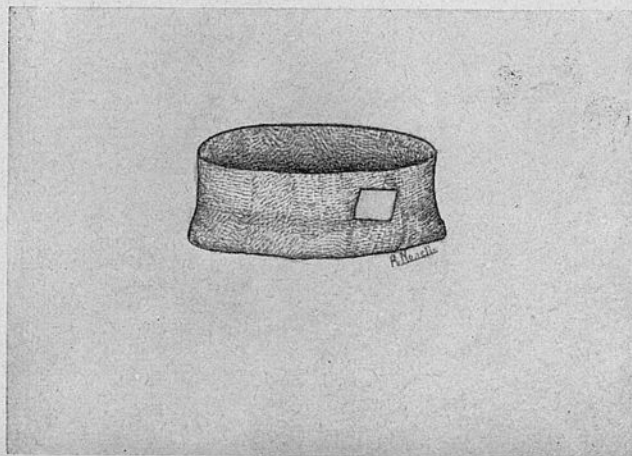


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9

Fig. 10





Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

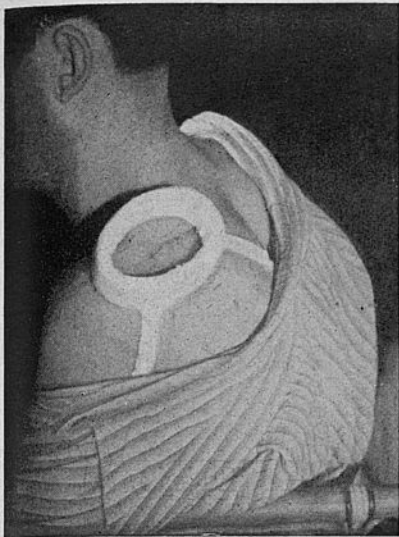


Fig. 14

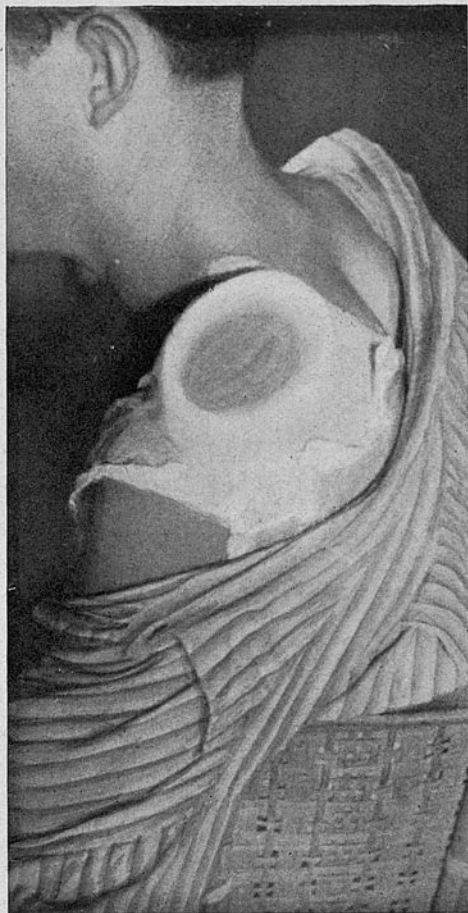
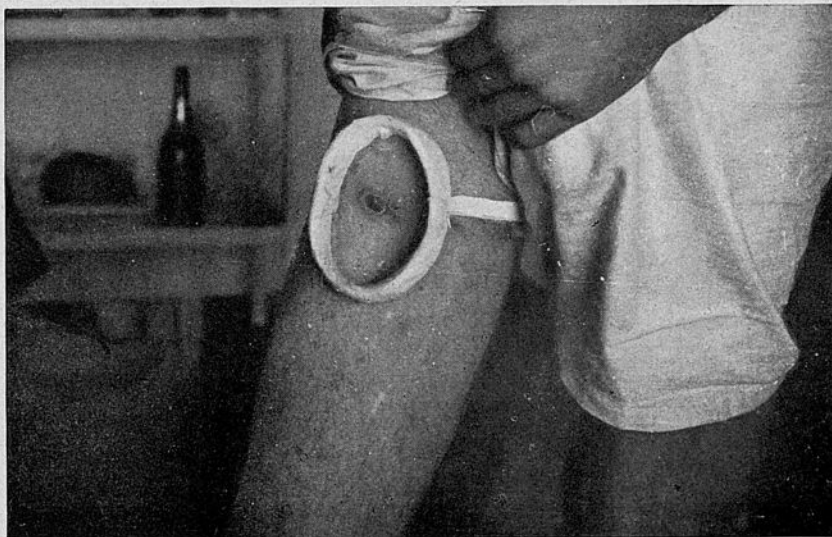


Fig. 15

Fig. 16



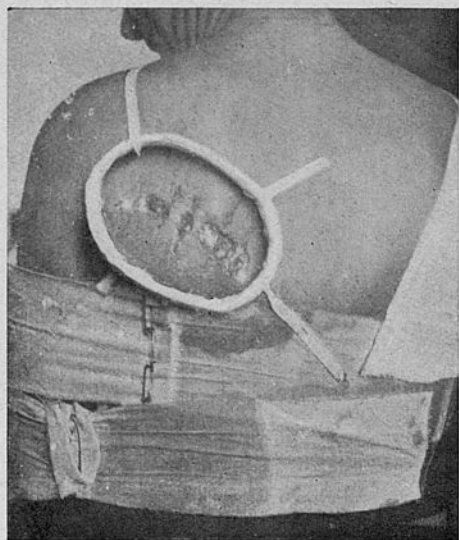


Fig. 17

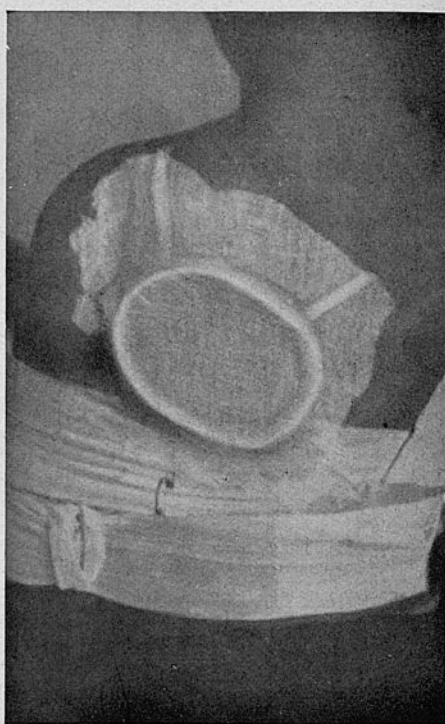


Fig. 18



Fig. 19

En esencia, mi construcción se compone de una caja redonda u ovalada, el fondo de la cual es el cuerpo del enfermo; las paredes son de cartón u otro material, y la tapa es una capa de gasa. Gracias a su ligereza, la caja se pega al cuerpo con dos o tres tiras de esparadrapo. El enfermo se acostumbra al aparato con asombrosa rapidez, lo lleva con gusto y puede con facilidad llevarse con el traje corriente.

Para hacer la caja cortamos una tira de cartón, de chapa de madera o de cualquier otro material flexible, de una anchura de 3 a 10 cms. y una longitud de 35 a 40 cms. En las heridas de partes planas del cuerpo (espalda, pecho, vientre) es suficiente una anchura de 3 a 4 centímetros, mientras que para las extremidades se necesita una tira tanto más ancha, cuanto más delgada es la extremidad, pues tanto mayor anchura hay que cortar para modelarla.

La tira se enrolla en forma de anillo y se pega con esparadrapo. De este modo se obtiene el anillo deseado.

Para que el anillo se adapte bien a la extremidad por los lados y no apriete en los escasos puntos de contacto, cortamos dos semicírculos opuestos en la anchura del anillo. De este modo se obtiene, por medio del modelado, una adaptación perfecta hasta en los casos más complicados, según se ve en la figura 13.

El anillo se pega al cuerpo con dos o tres tiras de esparadrapo de 2-3 centímetros de anchura y 10-15 cms. de longitud. El extremo de cada tira se pega al interior del anillo. Es recomendable sacar al exterior 2-3 cms. rebasando el borde superior del anillo y pegándolo otra vez al exterior.

Con el pulgar de la mano izquierda fijamos el esparadrapo pegado, y con la mano derecha retorremos el esparadrapo un centímetro por encima del borde inferior del anillo (dentro del mismo), lo que permite pegar el esparadrapo al cuerpo.

La técnica que acabamos de descubrir es suficiente para colocar el anillo protector sobre una ventana de yeso. Se sobreentiende que el diámetro del anillo ha de ser mayor que el de la ventana, según se ve en las figuras 8-9-10-11. Donde se coloca el anillo pegado directamente al cuerpo para pocos días, conviene pegar alrededor del borde inferior del anillo una tira de esparadrapo, según se ve en la figura 12. Con esto reducimos en gran medida la presión y el rozamiento. Cuando el anillo ha de permanecer pegado al cuerpo por un tiempo más largo, o cuando el enfermo se pone encima del anillo el traje, lo que aprieta aquél más contra el cuerpo, coloco debajo del anillo una tira de algodón, del siguiente modo:

Primeramente ponemos una capa de venda de gasa estrecha (5-7 cm.) alrededor del anillo.

Colocamos una torunda de algodón a lo largo del anillo en la parte exterior del borde inferior, y la fijamos dando vueltas a la venda de fuera a dentro y tirando por dentro hacia arriba todo lo posible.

El extremo de la venda se fija con un trocito de esparadrapo.

Estos anillos se pegan al cuerpo del mismo modo que los descritos anteriormente. En las extremidades se deben pegar los esparadrapos en las partes anchas del anillo, y pegarlos a la extremidad transversalmente, de modo que sus extremos formen a manera de espiral, lo que, a más de facilitar una fijación más perfecta, evita la estenosis en la extremidad, estenosis que sobreviene con gran facilidad si los extremos de los esparadrapos se juntan.

Una vez pegado el anillo, sólo falta taparlo con una capa de gasa tupida, que se pega con mastizol (al cuerpo) (figuras 15 y 18) o bien (en las extremidades) cogiendo un cuadrado de gasa por sus ángulos opuestos, liándolo a la extremidad y anudándolo por debajo, de modo que el centro del cuadrado quede en el centro de la caja (figura 10.)

En los casos en que la supuración de la herida es abundante y mancharía la caja y la piel, pongo en el interior de la caja y a lo largo de sus paredes, pero sin tocar la herida, una torunda de gasa que renuevo siempre que sea necesario. En casos aún más supurantes se recubre el interior de la caja con batista de Billroth o se pinta con cola de zinc. La piel que rodea a la herida no es así irritada nunca por el pus que mana. El pus se seca formando costras, que caen al exterior o pueden quitarse con unas pinzas. La herida misma se tapa a veces con una capa de tul grasoso, que se cambia una vez cada tres o cinco días (fig. 19). Gracias a ello, la superficie de la herida sufre el mínimo de traumas por cura, y el proceso de epitelización, que comienza en la periferia, tapa pronto y con regularidad las granulaciones turgentes y no sanguinolentas que salen del fondo de la herida.

Conviene llamar la atención sobre el hecho de que el tiempo perdido en la confección de la cajita "a medida" se gana con creces, ya que las curas, que no es preciso practicar con tanta frecuencia, exigen mucho menos tiempo que los demás métodos.

No es despreciable la economía de material de cura que obtenemos aplicando este método, ya que el mismo proceso de curación de las heridas es incomparablemente más rápido en el método abierto (a condición de que la temperatura del ambiente sea suficiente, o de que se exponga la herida al sol en invierno). La técnica indicada da la posibilidad de recuperar a los heridos (considerando a los heridos leves, que componen la mayoría de los casos) en un tiempo mucho más corto. Los beneficios que reporta desde los puntos de vista económico y militar saltan a la vista.