



<http://www.elpracticante.galeon.com/>

BREVE CRÓNICA HISTÓRICA DEL CUIDADO DE LAS HERIDAS

Corella Calatayud, J. M.*

Mas Vila, T.**

Tarragón Sayas, M.^a A.**

* Diplomado en Enfermería y Estomatología. Hospital General Universitario. Valencia.

** Diplomada en Enfermería. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva (Valencia).

*** Diplomada en Enfermería. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

RESUMEN

Describimos en este trabajo, una breve cronología de la evolución histórica de los cuidados de Enfermería con respecto a la curación de las heridas y las úlceras, indicando sobre todo la gran importancia y preocupación que estas causaron desde la aparición del hombre sobre la tierra hasta nuestros días, así como la implicación de la industria farmacéutica en el desarrollo de productos y apósitos para la buena y rápida curación de las heridas y las úlceras.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Úlceras. Heridas. Historia de la Enfermería. Apósitos hidrocoloides

La historia de la humanidad es una lucha del hombre contra los elementos, incluido el mismo, de modo que esta supervivencia ha conllevado numerosas luchas contra su entorno, con las consiguientes lesiones y heridas en su propia persona. Es por ello que desde la aparición del hombre hasta nuestros días los cuidados y curación de úlceras y heridas, ha sido un tema muy debatido tanto desde el punto de vista práctico como científico.

Ya desde el paleolítico existía preocupación por los cuidados de las heridas, ya que desde el punto de vista de la subsistencia, las heridas ocasionaban grandes impedimentos dentro del grupo de pobladores de esa época, que al ser nómadas, los heridos o lisiados suponían una traba en los desplazamientos, retrasando la marcha del grupo y poniendo en peligro la supervivencia del mismo, por las muchas rivalidades y luchas existentes entre las diferentes tribus o por el ataque de bestias que habitaban en estos lugares.



Dibujo representando a hombres del Paleolítico cortando el cuello a otro, con lo que ocasionaban heridas que, o bien producían la muerte o debían de cicatrizar.

Desde el primer momento la mujer asume la parte más importante de la comunidad, tanto en el orden biológico, con su papel en la reproducción y perpetuación de la especie, como en el orden social al asumir el Rol de los cuidados de niños, enfermos y heridos, además del mantenimiento del bien más importante y preciado de la época: mantener el fuego encendido mientras el hombre se dedicaba a la caza y la protección del grupo o tribu.

Posteriormente, el descubrimiento de la agricultura y el pastoreo lleva a que estas tribus adopten el sedentarismo en el que se instaura el matriarcado, asumiendo la mujer las funciones más importantes, además de la cabeza visible, como son los cuidados puerperales, cuidados de enfermos o heridos, etc, que corresponderían a lo hoy podríamos llamar cuidados de Enfermería, además del mantenimiento del fuego y la agricultura. Con el sedentarismo el cuidado de las heridas pasa a tener una mayor importancia ya que el herido no retrasa la marcha del grupo y no se le abandona si esto ocurre, sino que existe tiempo para poder atenderle y cuidarle, puesto que el grupo no se desplaza.

La historia nos da muchas y variadas demostraciones de estos cuidados de las heridas, donde tanto hechiceros, brujas, sacerdotes, etc, emplearon todas sus artes y conocimientos en el cuidado de las heridas, empleando hierbas, emplastes, oraciones o sacrificios según a que cultura nos refiramos.

Existen referencias bibliográficas en las que destacan prácticas de tipo ritual para la curación de las heridas, como la imposición de manos, siendo numerosas las referencias del Antiguo Testamento, en los libros de los profetas, Jeremías, Isaías, Ezequiel, etc.

Dentro de este elenco de demostraciones de la historia, existe en el término municipal de Mogente (Valencia), un poblado ibérico del siglo V-IV a. de C., descubierto en 1909, en el que además de la famosa estatuilla de “EL GUERRER DE MOIXENT” existían restos óseos, de cerámica, piedras, cobre, bronce, hierro, plomo y oro. Los estudios antropológicos efectuados de estos restos óseos, vasijas y demás enseres, han demostrado el gran interés y preocupación que existía por la curación de las heridas, que según estos estudios cursaban en forma de ulceraciones crónicas.



Figura de bronce encontrado en las excavaciones del poblado ibérico y símbolo emblemático de la localidad de Mogente.

En esta época aproximadamente, destaca la figura de Hipócrates (Grecia, 460-370 a. de C.) considerado como el padre de la terapéutica, que desarrolló multitud de conocimientos, destacando los cuatro puntos que conforman el método hipocrático:

- Observarlo todo.
- Estudiar al paciente más que a la enfermedad.
- Hacer una evaluación imparcial.
- Ayudar a la naturaleza.



Hipócrates. (Grecia) 460-370 a. de C.

Posteriormente, en los tratados de curación de heridas por los árabes, ya hay amplitud de datos que nos llevan a curaciones mediante creencias religiosas, pócimas, emplastes o dietas, destacando la creación de verdaderas farmacias, desvinculadas totalmente de la medicina y de origen privado, que exportaron más tarde por toda Europa, dedicadas a la preparación de estos productos.



Retablo del siglo XV representando una farmacia árabe.

En el año 1616, en Italia, Universidad de Ferrara, Cesare Magati, cirujano de la época, siente gran interés y preocupación por la cicatrización de las heridas, creando escuela sobre el cuidado de las mismas diciendo que: “Es la naturaleza y no los medicamentos, lo que cura las heridas”.

Para afirmar esto, Magati se basó en estos dos principios:

1. La menor manipulación o cambio de apósitos, disminuye la posibilidad de lesionar los tejidos de granulación.
2. Los tratamientos deben ser sencillos.

Cesare Magati fue totalmente un innovador, creando su propia escuela y el llamado “Método Magati” que fue muy importante y seguido durante los siglos XVII y XVIII. Se basaba fundamentalmente en la cura oclusiva, puesto que pensaba que de este modo protegía la herida de la contaminación ambiental. De este modo se crearon los cimientos históricos más importantes para el tratamiento moderno de las heridas en medio húmedo, favoreciendo su cicatrización, medidas que posteriormente fueron adoptadas a partir del siglo XIX.

El gran paso en la cicatrización de las heridas y úlceras se da en el siglo actual, con el gran desarrollo de la investigación que permite un mejor conocimiento del proceso de cicatrización, de los factores que la favorecen y los que la alteran.



Retablo del Siglo XV. Médico atendiendo a una paciente dentro de uno de los primeros hospitales, promovidos por Arnau de Vilanova.

Durante las décadas de los años 50 y 60, impera el criterio de que es bueno que las heridas se sequen y formen costra. Gran error, ya que la costra es porosa y no mantiene la humedad y temperatura adecuada, perjudicando de esta manera la cicatrización, debido a la muerte de las células que emigran hacia el exterior.

A principios de los 70 se empieza a ahondar en la investigación para evaluar las ventajas de la cicatrización de las heridas manteniendo un medio húmedo, que favorezca la migración celular desde las capas más profundas hacia las más externas y la reepitelización, manteniendo una humedad y temperatura estable.

Los avances tecnológicos nos llevan hacia los tratamientos en medios húmedos. Así, Odland en 1958 afirma que "La cicatrización es más rápida si la herida se mantiene intacta" y Winter en 1962 observó que: "En un medio húmedo se favorece la epitelización". Lo mismo informa Rovee en 1972: "En este medio húmedo y sin costra se estimula la migración y se facilita la reepitelización".

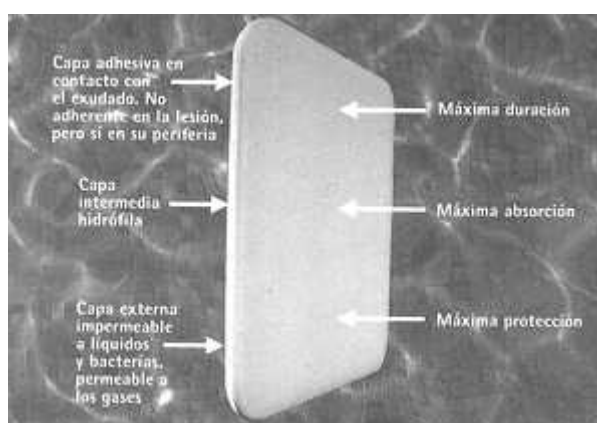
La industria farmacéutica empieza a investigar y trabajar para poder sacar al mercado algún producto que favorezca estos medios para la cicatrización de las heridas, apareciendo lo que se llamó película de poliuretano, realizándose las primeras experiencias de curas húmedas, destacando la sensible disminución del tiempo de cicatrización de las heridas.

Con la aparición de los films de poliuretano o películas plásticas, se consiguieron grandes ventajas como permitir la observación de la evolución y el mantenimiento de la humedad en la lesión. Se avanzó de gran manera en este momento frente a las curas tradicionales.

Sin embargo, estas innovaciones presentaban problemas de índole práctico, ya que estas películas plásticas carecían de capacidad absorbente, no reteniendo el exudado inflamatorio y provocando maceración en los bordes de la herida evitando de nuevo una buena cicatrización. Debido a esto, los cambios debían ser frecuentes por las fugas del abundante exudado y el consiguiente desprendimiento de los apósitos, no manteniendo unas condiciones adecuadas para la cicatrización como se había pretendido.

De nuevo la industria farmacéutica se pone en marcha y desarrolla sustancias hidroactivas y/o absorbentes que mantienen la humedad, controlan el volumen de exudado y mejoran la evolución de la cicatrización.

Es pues la industria farmacéutica quien desarrolla el concepto de cura húmeda con apósito hidrocoloide, respondiendo a las necesidades, tanto terapéuticas como profesionales, mejorando la calidad asistencial y mayor comodidad para el paciente. Este apósito hidrocoloide, facilita el desbridamiento y la absorción de exudado, estimula la formación de tejido de granulación y favorece la epitelización.



Apósitos hidrocoloides y la composición de sus capas.

En 1983, Ryan, en un estudio que realiza con apósitos hidrocoloides para la cicatrización de heridas, afirma que: “Durante las dos o tres semanas iniciales de tratamiento el apósito parece particularmente cualificado en el desbridamiento de la úlcera, especialmente del tejido necrosado periulceral, con el resultado de la aparición de tejido sano en los márgenes de la lesión”.

Hasta tal punto es importante y necesaria la cura y cicatrización de heridas y úlceras, que en 1988 se crea en Decide, Inglaterra, el “Instituto de Investigación para la Cicatrización de las Heridas”, con el fin de profundizar en los mecanismos biológicos de la cicatrización.

Las úlceras requieren un gran cuidado por parte de enfermería, siendo en la mayoría de las situaciones, responsabilidad suya, ya que con unos adecuados conocimientos y haciendo una valoración de la posibilidad de factores de riesgos de cada paciente, se podría, en la mayoría de situaciones evitarlas.

La aportación de cuidados tanto preventivos como curativos, requiere una gran utilización de recursos humanos y materiales, si bien los costes económicos que ocasionan están muy por debajo de los costes de hospitalización que genera un paciente ingresado por estos motivos, con estancias más prolongadas para su cura y cuidados.

Según la OMS la forma de valorar la calidad asistencial de un Centro Hospitalario viene dado por la cantidad de ulceraciones que se producen en pacientes hospitalizados con riesgo de ulcerarse, ya sea por edad, sedentarismo o malnutrición.

Si la atención que se presta es de buena calidad, no se llegará a tener gran número de pacientes ulcerados ni pacientes con grandes ulceraciones y por lo tanto el tiempo invertido para la cura o los cuidados será menor.

Es importante tener en cuenta que dada la multicausalidad de la aparición de las úlceras, no solo debe asumir los cuidados el profesional de Enfermería, sino también deben implicarse otros profesionales como, Médicos, Trabajadores Sociales, Auxiliares de Enfermería, ayuda domiciliaria, Voluntarios, etc. Con la adecuada coordinación de los mismos, se puede llegar al cuidado integral del paciente.

Tomando el modelo propuesto por Twuiff sobre la relación de Enfermería con el cuidador informal, llegamos a la conclusión de que estos pacientes se recuperan antes y tienen menor número de incidencias, siempre que los profesionales aportemos a los cuidadores los siguientes parámetros:

- Educación sanitaria.
- Planificación de los cuidados.
- Apoyo y asesoramiento.

Los gestores económicos hacen una evaluación de la actividad, con relación a los recursos utilizados y su coste, se deben considerar en los modelos económicos tanto los costes directos (apósitos, tratamientos quirúrgicos, etc) como también los indirectos, relacionados con la calidad de vida del paciente, y medidas preventivas, lo que nos llevará a alcanzar unos parámetros de éxito exigibles, dentro de nuestros cuidados de enfermería.

Por este motivo, el nivel de salud alcanzado por un paciente, será el indicador del coste enfermero y debemos ser valorados como un centro generador de calidad a un coste razonable.

Es evidente que la falta de comunicación, el desconocimiento de las actividades en los distintos niveles de atención, la descoordinación en el mismo centro, la falta de protocolos para afrontar las diferentes situaciones tanto preventivas como curativas, nos lleva al distanciamiento de los profesionales y a veces hasta al mismo enfrentamiento. Es fundamental por tanto activar la interrelación de los profesionales mediante seminarios, actividades docentes, desarrollo de protocolos, que deberán ser validados por diferentes profesionales con experiencia, a fin de alcanzar niveles de satisfacción profesional y de este modo beneficiar los cuidados de los pacientes