



## Pasado, Presente y Futuro de la Herida

Probablemente la herida, siendo la patología más frecuente que padece el ser humano, sea una de las que menos importancia se le da hoy día. Es posible que el desarrollo de altas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento de afecciones más graves haya contribuido, junto con el hecho de que el organismo tiende a reparar una herida por sí mismo, a dejar de lado este importante problema de salud.

No siempre fue así, pues desde que tenemos conocimiento de la historia, era la herida a la que se dedicaba más tiempo. Su estudio durante siglos ha contribuido a una mejor curación de la misma. Ya los árabes se dieron cuenta que si aproximaban los bordes de la herida y lo sujetaban de alguna forma, ésta cicatrizaría más deprisa. Y para ello utilizaban hormigas a las que les hacían morder ambos bordes de la herida y después les cortaban la cabeza, manteniendo así la herida cerrada, técnica aún utilizada en algunas tribus africanas. Es el inicio de la sutura, que después fue evolucionado y desarrollando sedas, reabsorbibles, grapas, etc.

Durante la edad media fue la parte más importante de la cirugía, la frecuencia con que aparecía en campañas bélicas, la hicieron primordial en la cura de heridos. Cirujanos como Dionisio Daza Chacón, cirujano de guerra, hizo grandes avances en la cura de heridas, hemostasias, cauterizaciones, fomentos, eran técnicas utilizadas en la época.

Tras el descubrimiento de los gérmenes y posteriormente los antibióticos las heridas dejaron de ser mortales para ser curables casi en su totalidad. En el siglo XX y en los países desarrollados era excepcional, más bien anecdótico, que una persona muriera a causa de una herida. La hemostasia, la asepsia y antisepsia y la cirugía con anestesia, eran capaces de reparar cualquier tipo de herida.

Y es este siglo cuando pierde interés médico, principalmente por parte de los cirujanos, quedando en un territorio de nadie y sin recibir la adecuada atención sanitaria. De forma progresiva la herida llama la atención de la enfermería que le dedica más tiempo y estudio a la misma. Apósitos con antisépticos, suturas reabsorbibles e impregnadas de células madre, técnicas de cirugía menor, sistemas de presión negativa, productos desbridantes y cicatrizantes, han permitido un mejor manejo de la herida.

Pero la herida sigue estando ahí, su proceso fisiológico de cicatrización, sigue siendo el mismo y no hemos conseguido acortarlo. La herida, salvo en las mucosas cierra dejando una cicatriz, hecho que no es igual en todos los seres humanos, ni en todas las especies, pues las hay que no dejan tal cicatriz. El *"restitutio ad integrum"* todavía está muy lejos.

El siglo XXI nos plantea nuevos retos. Las resistencias microbianas que tanto se ha hablado de ellas, de que podría llegar un momento en que no hubiera posibilidad de cura antibiótica para algún germen multirresistente y que tanto nos asustaba, ya ha sucedido. Heridas colonizadas por este tipo de patógenos, que la usan como vía de entrada al organismo, desarrollan una sepsis y posterior fallecimiento del paciente. El *Staphylococcus aureus* metilicín resistente responsable de un aumento del 22% de la mortalidad es un ejemplo de esta situación, pero no el único. El índice de infecciones en heridas está aumentando. Pero conviene recordar que los antibióticos no curan una herida, sino que contribuyen en una parte de su cicatrización.

Debemos poner de manifiesto la importancia de tomarnos más en serio esta patología contribuyendo desde las sociedades científicas a una mejor y más rápida recuperación.

La primera pregunta que debemos hacernos, y que ya en algunos hospitales no solo la han respondido sino que han actuado, es: ¿DE QUIÉN ES LA HERIDA?

Es evidente que LA HERIDA ES DEL ENFERMO, pues es él quien reclama atención para curarla y su importancia es tal que el tratamiento multidisciplinar no solo es necesario, sino que debemos empezar a reclamar en nuestros hospitales la necesidad de crear la "unidad de heridas" como forma institucionalizada y generalizada, formada por los distintos profesionales sanitarios, que esta sociedad (SEHER) desde su inicio, viene defendiendo.

Solo así lograríamos poder tener un conocimiento de cuántas, qué tipos, qué infecciones, qué cicatrices, en resumen cómo manejamos y qué resultados tenemos de nuestras heridas para poder avanzar. Lograr CERO úlceras por presión no es un objetivo inalcanzable, sino solo de mucho trabajo. Reducir la infección de la herida quirúrgica al 1-2% es una obligación moral que deberíamos poner en marcha. Investigar en heridas es una necesidad.

Desde un punto de vista utópico debemos plantearnos la curación de la herida de forma rápida, sin sutura y sin cicatriz. Este es el objetivo final (que puede que nunca se consiga), y deben encaminarse los esfuerzos de investigación para avanzar en ellos. La nanotecnología por ejemplo, ya consigue en el laboratorio cierres sin sutura.

Con los pies en la tierra, las ideas claras y avanzando paso a paso lograremos un mejor tratamiento de las heridas de nuestros pacientes.

El futuro es nuestro y no podemos ni queremos darle la espalda.