

JUNTA DIRECTIVA

JORDI PUJIULA MASÓ	<i>Presidente</i>
DOLORES LÁZARO RUIZ	<i>Vicepresidenta</i>
CARMEN MÁRQUEZ REBOLLO	<i>Secretaria</i>
RAIMUNDO CARO QUESADA	<i>Tesorero</i>
ANA MORENO VERDUGO	<i>Vocal</i>
MARGARITA DEL VALLE GARCÍA	<i>Vocal</i>
MIGUEL GARCÍA MARTÍNEZ	<i>Vocal</i>
VICENTA SÁNCHEZ BERNARDO	<i>Vocal</i>
SILVIA REVERTÉ VILLARROYA	<i>Vocal</i>

REDACCIÓN:

Responsable Edición: Margarita del Valle García

Portada: Ana Villegas Cebrián

IMPRIME: Impremta Falcó - Sant Pere de Ribes

D.L.: A-391-2000

CARTA DEL PRESIDENTE

Queridos socios, amigos y colaboradores de la SEDENE,

Durante el segundo semestre de este año nuestra sociedad a empezado un nuevo camino de colaboración con la Sociedad Española de Neurología (SEN), ya anunciábamos en la última revista de la SEDENE que estábamos buscando nuevos lazos de unión entre las dos sociedades y renovar un nuevo convenio de colaboración.

Después del verano las dos sociedades buscaron un compromiso para realizar la reunión anual con una única secretaría técnica en el palacio de Congresos de Cataluña, y así poder facilitar a nuestros socios la comunicación y los flujos que se producen durante la celebración del evento científico mas importante de las dos sociedades.

También estamos colaborando conjuntamente con el Ministerio de Sanidad y Consumo en la redacción de la "Estrategia en ICTUS del Sistema Nacional de Salud" como miembros en el comité técnico.

El próximo año tendremos nuevas jornadas locales y esperamos así incrementar el trabajo científico de nuestra sociedad y aproximar nuestra sociedad a toda la enfermería neurológica del país.

Seguiremos trabajando para el reconocimiento de una enfermería neurológica especializada y más en un sistema sanitario español necesitado de especialidades, de enfermeras y de protagonismo ante la sociedad. En una sociedad donde se ha aprobado recientemente una nueva ley para el bienestar de los ciudadanos. Esta nueva Ley de la Dependencia precisará de mas enfermeras y mejor formadas en el ámbito neurológico, ya que el 16% de nuestra sociedad española tiene alguna enfermedad neurológica y donde mas del 50% de los dependientes de este país sufren algún problema neurológico.

Gracias por vuestra confianza y un fuerte abrazo,

Jordi Pujiula

CARTAS A LA REDACCIÓN

Queremos reservar un espacio, para que a través de él os podáis dirigir a la Junta Directiva, y a todo el colectivo de enfermería de nuestra Sociedad, y a mi misma como responsable de esta Publicación, para exponer vuestros comentarios, cartas abiertas y/o sugerencias.

Con esto pretendemos, que esta Publicación sea una revista abierta, donde todos puedan participar de forma activa.

Dirigir vuestras cartas a:

ULTRAMAR EXPRESS. Event Management

Diputació 238, 3º - E-08007 Barcelona

Tef: 93 482 71 40 - Fax: 93 482 71 58

Dirección correo electrónico: sedene@ultramarexpress.com

www.sedene.com

PUESTA AL DÍA

Fases de desarrollo del estudio “Opinión de los profesionales de enfermería de Atención Especializada de los hospitales públicos de Sevilla sobre la incorporación de los cuidadores informales a su cartera de clientes”.

Proyecto de investigación multicéntrico financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía con el nº Expediente 0093.

Moreno Verdugo, Ana 1; Fernández Rodríguez, Vicente 1;
Contreras Fariñas, Raquel 1; Granados Matute, Ana Eva 1;
Silván Vime, Clara 2; Barroso Vazquez, Mercedes 4.

*1 Enfermeros de Enlace Hospitalarios de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío;
2 Enfermera de Enlace Hospitalaria de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena;
3 Coordinadora de Gestión Clínica de Cuidados de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el sistema sanitario de nuestro país dispensa solo el 12% del tiempo total dedicado al cuidado de la salud y la atención de pacientes dependientes, siendo el 88% restante llevado a cabo en el ámbito doméstico, por cuidadores informales. Se ha definido al cuidador informal como “aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familia, amigos u otras personas y que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”. En este marco se encuadra la figura del cuidador principal, que es la persona que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados (1; 2).

Los problemas neurológicos son muy frecuentes, comportando un importante impacto personal, familiar y social, fundamental-

mente por su elevada morbimortalidad y dependencia.

El Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas del año 2002, especifica en el artículo 24, que “se establecerán las medidas para facilitar a las personas responsables del cuidado de los mayores o de personas con discapacidad el apoyo y la formación suficiente para el desarrollo de esta labor”. Estas medidas deben emplearse independientemente del nivel de atención en el que se encuentre el paciente, por lo que compete tanto a los profesionales de Atención Primaria como a los de Atención Especializada (3).

Mientras que en Atención Primaria se ha generado la expresión “cuidar al cuidador” y existen programas de apoyo para dichas personas, esta situación empieza a ser con-

templada en los hospitales desde los ámbitos de gestión, planteándose la necesidad de incluir a las cuidadoras informales dentro de la práctica profesional enfermera (4, 5).

En definitiva, en los hospitales nos encontramos con cuidadores que requieren por una parte atención por sus propios problemas de salud y, por otra necesitan asesoramiento y adquirir habilidades para proporcionar cuidados adecuados al paciente en el ámbito domiciliario.

Sin embargo, con demasiada frecuencia en los hospitales se les da la espalda a los cuidadores y existe discrepancia entre el discurso de los gestores, que pretenden abrir la atención de los servicios de salud a los cuidadores, y los profesionales, que consideran que el objeto de sus cuidados es sólo el paciente (6, 7). Del análisis y la reflexión sobre la situación actual del cuidador mientras el paciente permanece ingresado en el hospital, surge el objetivo del estudio que estamos desarrollando actualmente. Nuestra intención es reflejar cual es la actitud actual del profesional de enfermería frente a los cuidadores principales de los pacientes dependientes, como reaccionan ante sus demandas y como abordan sus problemas de salud.

El equipo investigador parte de la premisa que, actualmente los profesionales de enfermería de atención especializada encuentran más inconvenientes que ventajas en la incorporación de los cuidadores principales a su cartera de servicios, por ello con este proyecto nos hemos planteado

analizar como enfocan esta situación ya que coincide con el desarrollo por parte de la Consejería de Salud de varias medidas de apoyo a esta población como son, el Decreto de apoyo a las familias andaluzas y mas específicamente el Plan de mejora "cuidando a las Cuidadoras". En este último se especifican medidas de discriminación positiva a desarrollar en atención especializada por el personal de enfermería, entre ellas "las enfermeras y auxiliares de enfermería deben valorar en las cuidadoras las aptitudes y experiencia previa para el cuidado del paciente y hacerlas participes de los cuidados que se les proporcionan y van a continuar necesitando en sus domicilios".

Este análisis nos permitirá diseñar estrategias que faciliten la aceptación por parte de los profesionales de enfermería de la figura de la cuidadora como otro objetivo intrínseco a su labor asistencial.

A continuación pasamos a describir el proyecto y las fases de desarrollo en las que se encuentra actualmente:

EQUIPO INVESTIGADOR

Dos de los componentes del equipo tienen experiencia como investigadores principales en otros proyectos de investigación, uno de ellos financiado por el FIS en el 2004 y el otro proyecto está relacionado con los cuidadores informales en el ámbito de atención especializada: "Programa de Educación a Cuidadores Informales de pacientes con lctus, para favorecer la continuidad de cuidados al alta hospitalaria", financiado por

la Consejería de salud de la Junta de Andalucía en el 2003.

Dos enfermeros poseen licenciaturas en Pedagogía y Antropología respectivamente, por lo que han recibido contenidos teóricos relacionados con la metodología que estamos utilizando en el estudio.

Todos los miembros del equipo investigador tienen experiencia en trabajo con grupos focales.

La experiencia clínica relacionada con el tema a investigar la aportan seis miembros del equipo investigador que desempeñan sus funciones como Enfermeros Hospitalarios de Enlace, dos de ellos en el Hospital Universitario Virgen Macarena y cuatro en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

OBJETIVO

Conocer la opinión de los profesionales de enfermería de atención especializada, que tratan con cuidadores principales, sobre la demanda de incluirlos como clientes en su cartera de servicios.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio descriptivo transversal multicéntrico con técnicas cualitativas.

Ámbito: unidades de hospitalización de adultos pertenecientes a servicios de Medicina Interna, Oncología y Neurología de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío.

Participantes: muestreo intencional, se incluyen Diplomados en Enfermería y Auxilia-

res de Enfermería que hayan desarrollado su labor asistencial al menos durante dos años en dichas unidades y deseen voluntariamente participar en el estudio.

Instrumentación: la recogida de la información se realizará mediante grupos focales y entrevistas individuales.

DATOS PRELIMINARES

Actualmente llevamos realizados doce grupos focales, cuatro al colectivo de enfermeras y cuatro al colectivo de auxiliares de enfermería.

De estos grupos seis se han realizado en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío y seis en los Hospitales Virgen macarena, y ya hemos conseguido saturar la información. Esperamos comenzar a finales del mes de octubre con las entrevistas individuales.

Tras haber analizado algunos contenidos de los grupos focales realizados, podemos adelantar que los profesionales creen importante reconocer al cuidador principal en el ámbito hospitalario, pero lo ven como un recurso para los profesionales, dejando en un segundo lugar la importancia que tiene un adecuado adiestramiento en los cuidadores principales para dar cuidados adecuados y para cuidarse ellos mejor.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Berguero miguel T, Gómez Banovio M; Cano Oncala G, Mayoral Cleries F. El cuidador familiar en la enfermedad crónica. Atención Sociosanitaria y Bienestar. Septiembre 2000 (3): 17-20.

- 2- Seira Lledós MP, Aller Blanco A, Calvo Gascón A. morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76 (6):
- 3- Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA nº 52 de 4 de mayo de 2002.
- 4- Quero Rufián A, Briones Gómez R, Prieto Rodríguez MA et al. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. Nure Investigación 2004, nº 9.
- 5- Frías Osuna A, Pulido Soto A. cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. Index de Enfermería (versión digital) 2001; 34: 27-32.
- 6- Celma Vicente, M. cuidadoras informales en el medio hospitalario. Rev. ROL Enferm 2001; 24 (7-8): 503-511.
- 7- Celma Vicente, M. cuidadoras informales y enfermeras. Relaciones dentro del hospital. Rev. ROL Enferm, 26 (3): 7127-7134.

EDAD MEDIA Y ENFERMEDAD

Autora: Margarita del Valle García.

Supervisora de Neurología. Hospital de Cabueñes. Gijón.

LA ENFERMEDAD

En la Alta Edad Media, por influencia del cristianismo primitivo, la enfermedad se consideraba como una prueba que Dios enviaba al individuo (como las que sufrió Job) y sus padecimientos acercaban al enfermo a los de Jesucristo. Pero esta actitud se fue modificando con el transcurso de los siglos, hasta ver la enfermedad como un castigo divino, una penitencia por los pecados cometidos, llegando a identificarse al enfermo con el pecador.

LA MARGINACIÓN

La marginación de ciertos colectivos e individuos dentro de una comunidad es tan antigua como la propia agrupación de seres humanos. A lo largo del milenio que enmarca la Edad Media la mentalidad colectiva experimentó una serie de evoluciones que se plasmaron en la marginación hacia determinados sectores de la sociedad. Por supuesto esta segregación no fue idéntica en todas las zonas de Europa ni alcanzó siempre la misma intensidad.

MEDICINA Y SUPERSTICIÓN

La cultura altomedieval es autóctona de la Europa occidental, con reminiscencias del mundo latino (sobre todo en Italia, Hispania y la Galia), más el aporte germano, pero en la primitiva Edad Media los conoci-

tos que de Galeno conservaba Roma, se perdieron para los laicos, quedando relegados a los monasterios.

Las leyes bárbaras eran muy duras con el ejercicio médico. La visigoda, por ejemplo, establecía la firma de un contrato entre éste y el paciente o sus familiares, pactando los honorarios, la fianza económica que debía depositar el galeno e incluso la multa en caso de fracasar, que podía llegar a consistir en la pérdida de la libertad del médico si el enfermo era noble y moría, ya que aquél pasaba a ser esclavo de los herederos, que podían disponer libremente de su vida.

La prohibición de la Iglesia altomedieval del desmembramiento de los cadáveres paralizó el avance de los escasos conocimientos sobre anatomía. A finales del siglo XIII la disección comenzó a practicarse, pero hacia 1300 un edicto papal prohibió «despedazar cadáveres y hervirlos», fórmula utilizada por los cruzados para repatriar a los camaradas muertos en tierra de infieles y darles sepultura en lugar cristiano. Paradójicamente, el ámbito católico, incluso en la actualidad, está plagado de reliquias de santos que nos ha legado aquella época (la mano de S. Juan Bautista, el brazo de Sta. Teresa, la sangre de S. Pantaleón, el cráneo de S. Valentín, astillas de huesos, etc.). **El culto a las reliquias** creció junto a las peregrinaciones y las cruzadas y generó un considerable comercio de la picaresca a

lo largo de toda esta época. En este tipo de culto confluyen la afición a lo mágico y lo simbólico, típico de la época, unido a la práctica religiosa. A comienzos del siglo XIV comienza a sistematizarse la disección de cadáveres, pese a la oposición de la Iglesia y a las supersticiones de la época.

Tanto la enfermedad como el ejercicio de la medicina estuvieron muy ligados a supersticiones, y siguieron practicándose ceremonias precristianas y utilizándose **amuletos** lo mismo para prevenir que para combatir determinadas enfermedades. En muchas ocasiones, impotente para erradicar estos ritos paganos, la Iglesia optó por cristianizarlos.

Otra forma de superstición fueron los «**toques reales**». El hombre medieval creía que algunas enfermedades podían ser curadas por la imposición de manos del rey (creencia muy arraigada en Francia), que motivó la costumbre de acudir al soberano para recobrar la salud a través de su contacto, uso que se prolongaría hasta el siglo XVII. Igualmente los ingleses creyeron que algunos de sus monarcas eran capaces de obrar el prodigio, como Eduardo el Confesor.

También a la **Astrología** se la consideró causante de enfermedades y curaciones en una sociedad que todavía arrastraba restos de paganismo. Se recomendaba recoger las hierbas y raíces curativas en una noche determinada o cuando la luna presentaba una fase considerada favorable, creencias sostenidas también por los médicos árabes (por influencia oriental), quienes fabricaban amuletos con los signos del Zodíaco graba-

dos, que colocaban sobre la zona afectada para curar algunas dolencias tales como lumbagos, reumatismos, cólicos nefríticos... La Astrología estuvo tan extendida que llegó a enseñarse en las Universidades bajomedievales y los reyes tenían astrólogos a los que consultaban antes de tomar decisiones importantes.

Los **hechiceros y brujos** también jugaron un papel dentro de la «medicina» medieval, eran más bien curanderos entendidos en hierbas medicinales. Solían ser personas humildes, generalmente ancianas y solitarias que vendían sus recetas y servicios para poder subsistir. La comunidad recurría a ellos cuando los consideraban necesarios, pero también servían como chivos expiatorios si una calamidad incomprensible para el campesino se cernía sobre la aldea. El pueblo les temía y respetaba, considerándoles dotados de poderes extraordinarios, como matar a distancia, volar (creencia que aparece en los siglos X-XI), fabricar ungüentos sanadores y filtros amorosos... así mismo se les culpaba de las malas cosechas, de las enfermedades del ganado, etc. El vulgo les buscaba tanto para alcanzar la fertilidad como para conseguir un remedio que les impidiera concebir más. Estas creencias son reminiscencias de religiones antropológicas que, con escasas variaciones, se han encontrado en la base de todas las sociedades tribales

MEDICINA MONÁSTICA

Durante la Edad Media el saber greco-romano quedó recluido en los monasterios, saber que luego pasaría a las escuelas

catedralicias surgidas al amparo de Carlomagno y, a partir del siglo XIII, a las Universidades. Los monjes, sobre todos los benedictinos, ejercieron la medicina, construyendo hospitales junto al edificio monacal. Este es el origen de la llamada **Medicina monástica**, que tuvo un cariz meramente caritativo. Sin embargo nunca estuvo bien vista por parte de la Iglesia: el papa Inocencio II prohibió el ejercicio de la medicina a los eclesiásticos en el Concilio de Clermont (1131) y lo ratificó en Letrán (1139), pese a la defensa de figuras del prestigio del obispo de Sevilla, San Isidoro, quién en sus *Etimologías* dedica todo un volumen a recoger todo el conocimiento médico de la época.

La cúpula romana todavía consideraba peor la práctica de la cirugía que condenó con la desafortunada frase «*La Iglesia aborrece el derramamiento de sangre*» (efectivamente, durante los autos de fe, la Inquisición firmaba las sentencias, pero eran laicos quienes las ejecutaban en su nombre). La cirugía se prohibió en el Concilio de Tours (1162) y se ratificó en el de Letrán (1215). El Concilio de Viena de 1312 especificaba que el cuidado del cuerpo es *una atribución laica*, reservando a los religiosos *la atención de las almas*.

A mediados del siglo XII la medicina se fue volviendo laica, aunque en España y en el sur de Italia comenzó mucho antes. Fue un fenómeno gradual, debido a la desconfianza con que la Iglesia vio siempre el ejercicio médico por parte de sus miembros. Por otra parte, las incipientes ciudades requerían atención sanitaria, mientras que la

medicina monástica era eminentemente rural.

Durante la Edad Media el saber greco-romano quedó recluido en los monasterios, saber que luego pasaría a las escuelas catedralicias surgidas al amparo de Carlomagno y, a partir del siglo XIII, a las Universidades. Los monjes, sobre todos los benedictinos, ejercieron la medicina, construyendo hospitales junto al edificio monacal. Este es el origen de la llamada **Medicina monástica**, que tuvo un cariz meramente caritativo. Sin embargo nunca estuvo bien vista por parte de la Iglesia: el papa Inocencio II prohibió el ejercicio de la medicina a los eclesiásticos en el Concilio de Clermont (1131) y lo ratificó en Letrán (1139), pese a la defensa de figuras del prestigio del obispo de Sevilla, San Isidoro, quién en sus *Etimologías* dedica todo un volumen a recoger todo el conocimiento médico de la época.

La cúpula romana todavía consideraba peor la práctica de la cirugía que condenó con la desafortunada frase «*La Iglesia aborrece el derramamiento de sangre*» (efectivamente, durante los autos de fe, la Inquisición firmaba las sentencias, pero eran laicos quienes las ejecutaban en su nombre). La cirugía se prohibió en el Concilio de Tours (1162) y se ratificó en el de Letrán (1215). El Concilio de Viena de 1312 especificaba que el cuidado del cuerpo es *una atribución laica*, reservando a los religiosos *la atención de las almas*.

A mediados del siglo XII la medicina se fue volviendo laica, aunque en España y en

el sur de Italia comenzó mucho antes. Fue un fenómeno gradual, debido a la desconfianza con que la Iglesia vio siempre el ejercicio médico por parte de sus miembros. Por otra parte, las incipientes ciudades requerían atención sanitaria, mientras que la medicina monástica era eminentemente rural.

EL HOSPITAL MEDIEVAL

El primer hospital se data en Bizancio, en el siglo IV, posiblemente por influencia de Santa Elena, madre del emperador Constantino. Rápidamente se extendieron por Occidente, siempre en manos monásticas, pese a la reticencia eclesiástica. Se levantaban junto a los monasterios y eran llamados *Casas de Dios* por cumplir con el mandato cristiano de hospitalidad, que se extendía a viajeros y peregrinos de cualquier extracción social, para lo que se edificaron los anejos *xenodoquios*. Durante el siglo XI las ciudades más prósperas y algunos señores feudales fundaron hospitales en sus dominios, siempre situándolos junto a la iglesia, incluso algunos gremios construyeron hospitales para atender a sus miembros, como en las ciudades de la Hansa o los gremios de tejedores y herreros en Flandes.

Aunque se conoce muy poco sobre estas edificaciones altomedievales, se sabe que constaban de un edificio principal, donde se instalaba la enfermería, con un claustro central, la sala de camas (generalmente doce, por ser éste el número de los apóstoles, aunque en Bizancio existió uno con capacidad para cincuenta camas), la sala

de sangrías y purgas, cuarto para enfermos graves, refectorio, habitaciones para el personal médico, cocina, baño, farmacia y huerto para el cultivo de plantas medicinales. Con el tiempo la arquitectura de este tipo de construcciones se fue transformando, así surgen diferentes tipos de plantas: **basilical**, que reproduce la estructura de la basílica romana, pertenecen a este estilo el Hospital del Rey (Burgos) o el de Tonnerre (Francia); de **cruz griega**, en el centro de la cual se situaba el altar y en uno de los brazos la sala de los enfermos más graves, para que éstos pudieran seguir los oficios desde la cama; **palaciano**, gran estructura con varios pisos y corredores, capilla y vivienda para los religiosos que lo regentaban. Con el tiempo el ejercicio de la medicina pasó a manos laicas, pero los hospitales siguieron llevándolos órdenes religiosas.

En España, el primer hospital del que nos hablan las fuentes fue fundado por Mazona, obispo de Mérida, en el siglo VI. La invasión de los árabes provocó que no se daten hospitales en tierras cristianas hasta los tiempos de Alfonso el Casto, que fundó uno en Oviedo, aunque al-Andalus abundó en estas edificaciones. Posteriormente, con el auge de las peregrinaciones, se construyeron hospitales a lo largo de la ruta jacobea como los de Peregrinos (Santo Domingo de la Calzada), de San Marcos (León) o de los Reyes Católicos (Santiago de Compostela), hoy convertidos en paradores nacionales. La Orden de los Hospitalarios de San Juan, surgida a la sombra de las Cruzadas, fundó hos-

pitales en Tierra Santa tras la toma de Jerusalén en 1099, adonde acudía gran número de fieles en peregrinación. Con la pérdida de la Ciudad Santa, recuperada por Saladino en 1187, la Orden de los Hospitalarios de San Juan se traslada a Acre, donde siguieron realizando su labor humanitaria hasta que también cayó en poder musulmán en 1291. La pérdida de los Santos Lugares hizo que las Órdenes regresaran a Occidente, fundando hospitales por toda Europa. En 1170 Guy de Montpellier estableció la Hermandad del Santo Espíritu que participó activamente en la difusión de estos edificios para las clases más necesitadas, que ponían bajo la advocación del santo patrón de la Orden.

También se fundaron hospicios ya que el infanticidio fue una práctica muy corriente en la Alta Edad Media (sobre todo el de niñas), dentro de familias humildes. Era una forma de regulación demográfica y económica muy importante. Normalmente se les abandonaba en los bosques, en la puerta de un monasterio o al borde de los caminos. También fueron frecuentes los abandonos de hijos ilegítimos

LA ESCUELA DE SALERNO

Con la fundación de la Escuela de Salerno (Nápoles), en el siglo X, la medicina se seculariza, aunque no será hasta el siglo XI cuando este centro alcance prestigio. Según la leyenda fue fundada por cuatro sabios que simbolizaban el legado del conocimiento antiguo: griego, latino, árabe y judío, levantándose sobre un antiguo balneario ro-

mano de aguas termales.

Su prestigio le hizo gozar del amparo del emperador Enrique IV Hohenstaufen, quien obligó a los médicos del Imperio a pasar un examen en Salerno antes de ejercer y que el médico prestase juramento sobre sus obligaciones. También impuso la obligación del galeno de visitar al enfermo dos veces diarias y una por la noche si era preciso. El médico no podía acordar de antemano sus honorarios ni poseer botica propia. La decadencia de esta Escuela comienza con la implantación de las Universidades, en la centuria del XIII.

Otras escuelas que adquirieron renombre en la enseñanza de la Medicina fueron Montecassino, también en Italia, y Montpellier en el Rosellón francés, ésta recibía influencia de los conocimientos árabe y judío a través de la cercana Cataluña. Montpellier conserva su prestigio como escuela de Medicina en la Francia actual.

A partir del siglo XIII cesa la influencia árabe sobre la medicina occidental y ésta comienza su propia andadura.

LA MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD MEDIEVAL

La primera Universidad fue fundada en París en 1215. Comenzó enseñando Medicina, pero pronto se decantó por los estudios escolásticos, oponiéndose a la cirugía y a los conocimientos empíricos.

En la España cristiana se fundó la Universidad de Salamanca en 1218, durante el reinado de Alfonso IX, pero es Alfonso X el

Sabio quien la dota de doce cátedras, entre ellas la de Medicina, siendo una de las primeras en practicar disecciones. Oxford se fundó en 1249 y, como consecuencia Enrique II ordenó el regreso a Inglaterra de los clérigos que asistían a la Universidad en París.

Los estudios de Medicina duraban cinco años y, tras superar un examen, un año más de prácticas. Se estudiaban los escritos conservados de Hipócrates y Galeno y se practicaba con cerdos. En España eran cuatro los años de universidad y dos los de prácticas. Al principio los honorarios de los profesores los satisfacían los propios alumnos; con el tiempo el monarca, el municipio o los señores, se hicieron cargo de su remuneración, que nunca fue muy elevada.

LOS MÉDICOS

La creación de la Escuela de Salerno y luego de las Universidades, dotó de prestigio y fortuna a los médicos y se les concedió el derecho a vestirse con ropas costosas y adornarse con joyas. Había dos categorías: los de *vestido largo*, que hablaban latín y estaban formados en la Universidad y los de *vestido corto*, barberos que practicaban sangrías y conocían, al menos, treinta venas en las que podían aplicarla, sacaban piezas dentales y atendían fracturas óseas, esguinces, luxaciones, etc. En España, fueron llamados *algebristas* mientras que los universitarios recibían el nombre de *escolásticos*.

También los judíos ejercieron la medicina durante esta época, alcanzando gran repu-

tación algunos de ellos en las cortes europeas. Alfonso VII les equiparó en derechos a los médicos españoles. Durante la Plena Edad Media, cuando surgen todos los tópicos sobre los judíos, se prohibió a los cristianos ser atendidos por médicos hebreos.

LA CIRUGÍA

En la Alta Edad Media se reducía, prácticamente, a la sangría, abrir accesos superficiales, sacar dientes y muelas y poco más, ya que su ejercicio cirujía fue prohibido sistemáticamente por la Iglesia a través de diferentes concilios.

Al amparo de la Escuela de Salerno la cirugía fue consolidándose y se practicó ampliamente en Tierra Santa para atender a los heridos en batalla. Como «anestésicos» se utilizaban ciertas plantas y vino. Teodoro de Lucca describió una «esponja soporífera»: *se hervía opio, mandrágora, beleño, lechuga, yedra, moras, acedera y cicuta con una esponja que luego se dejaba secar; en el momento de utilizarse se mojaba en agua caliente y se aplicaba a la nariz del paciente.*

Las heridas solo se cosían en casos extremos, habitualmente cauterizaban con un hierro candente, el dolor era intenso pero breve. En los rasguños poco importantes se aplicaba llantén o miel. Las quemaduras se embadurnaban con aceite de linaza o de azucena y se cubría la zona con harina o con huevo. Las fracturas se trataban con compresas empapadas en clara de huevo y aceite de rosas y las entablillaban con madera, a ser posible, de abeto.

LA FARMACOPEA

La «farmacia» medieval heredó los remedios de la Antigüedad a través de escritos como los de Galeno o los de Plinio Segundo, ampliados por la influencia árabe. Tomaba los ingredientes de los tres reinos de la naturaleza:

- Del reino **mineral** utilizaron: compuestos de aluminio (por sus virtudes astringentes y antisépticas), alumbre (astringente), cobre (en la preparación de pomadas y otros remedios), hierro (sobre todo como desinfectante y purificante), nitrógeno (para purgar y como emoliente), azufre (como diurético, dolores de gota, etc.), dióxido de azufre (como desinfectante). También se utilizaron sales, amianto, escayola, minio (al que llamaban *bermellón*), nafta descrita por Geronimo Huerta como «...*licor vituminofo blanco que algunas veces se halla negra como el Oleo Petreolo, de admirable virtud para curar dolores antiguos procedidos de causas frias...*». Los metales se raspaban y las limaduras se mezclaban con alimentos y bebidas. Algunos tipos de **tierras**, como la *de Lemnia*, llamada así por creer que venía de la isla de Lemno, se utilizaba como antídoto contra venenos y, según el vulgo, solo podía ser cavada el día 6 de agosto. La *tierra Eritria*, que «*confolida las heridas frescas*», disuelta en agua se tomaba contra venenos y mordeduras de serpientes. La *tierra Cimolia*, era buena para las pequeñas hinchazones y para evitar ampollas en las quemaduras. Otra clase de tierra era el *bolarmenico* que, parece ser traían desde Armenia y con la que restañaban la sangre. La sarna se curaba con la *tierra puigite*, de

textura parecida a la de la piedra pómez.

- Del reino **vegetal** se utilizaba prácticamente todo: las hierbas y raíces se aplicaban tanto directamente sobre la zona afectada en emplastos, tinturas, cataplasmas y pomadas, como en tisanas, jarabes, pociones, etc., e incluso se hacían píldoras con jugos de plantas y miel. Otras tenían que chuparse. También se usaron para teñir telas y como cosméticos. Los escritos revelan el amplio conocimiento que, sobre el mundo vegetal, tenían los clérigos medievales.

- De los **animales** se aprovechaba muchas cosas: con las glándulas prepucales del castor, se fabricaba una sustancia llamada *castóreo*, de poder antiespasmódico; de los escarabajos y otros insectos se obtenía, por desecación y trituración, un polvo conocido como *cantáridas*, utilizado en emplastos; el sebo servía contra la alopecia, además de otras aplicaciones; del rumiante almizclero se obtenía el *almizcle* que servía como antiespasmódico y carminativo... Incluso al estiércol se le reconocían poderes curativos. Otros remedios se preparaban con la orina y la saliva humana, la leche materna, lana de animales...

También se emplearon algunos **alimentos**: el tocino contra las lombrices intestinales, la carne de perdiz contra la diarrea, la harina de cebada disuelta en agua tibia para bajar la fiebre, la leche fresca para la tuberculosis en su primera fase, las bayas del laurel con vino caliente para los males de estómago... Cebollas, ajos, naranjas, miel y vino fueron utilizados sistemáticamente

LA ALQUIMIA

Personajes tan prestigiosos como Ramón Llull o Arnaldo de Vilanova elevaron la Alquimia a importante auxiliar de la farmacia bajomedieval. Su principal esfuerzo estaba dirigido a la búsqueda de una panacea que curara todos los males: el elixir de la juventud, con el que se pretendía alargar la vida y eliminar la enfermedad. Obviamente no se logró pero los esfuerzos sirvieron de base a la Química moderna. El propósito final de la Alquimia era la transmutación de metales innobles en oro a través de la *piedra filosofal*.

Los conocimientos alquímicos eran un compendio del antiguo saber egipcio y persa custodiado por la Escuela de Alejandría, que llegó a occidente de la mano de científicos musulmanes. Fue una práctica secreta, tanto por la desconfianza de la Iglesia, que la relacionaba con la magia y la brujería, como porque los «iniciados» se consideraban los «elegidos» para alcanzar conocimientos vedados a la gran mayoría de los mortales, por lo que sus obras fueron escritas en un lenguaje deliberadamente hermético, a base de símbolos y alegorías. Sin embargo, practicaron la alquimia hombres del prestigio de Geber, Avicena o Averroes dentro del mundo musulmán, en donde se aprendió a preparar la sal de amoniaco (usada más entre orfebres que entre médicos), el aceite de vitriolo (ácido sulfúrico), el agua fuerte (ácido nítrico), el agua regia, ciertos sulfuros metálicos, algunos compuestos de mercurio y arsénico y la obtención del *espíritu del vino* (alcohol). En la Europa cristiana cabe citar a Alberto

de Colonia, obispo de Ratisbona (conocido como San Alberto Magno); Roger Bacon (impulsor de la futura Óptica); Basilio Valentín y los antes citados Llull y Vilanova, entre otros. Dentro de las Órdenes Militares, fue practicada por los Caballeros Templarios, siendo ésta una de las acusaciones vertidas en el proceso incoado en 1307 a instancias de Felipe IV el Hermoso con el beneplácito del papa Clemente V.

LOS SANTOS SANADORES

El hombre medieval vivió la religión de un modo rayano en lo supersticioso. En los siglos altomedievales el objetivo de la Iglesia era encauzar las prácticas paganas, de origen neolítico y latino, hacia planteamientos cristianos. La transformación de las estructuras políticas y económicas que acarrió la desaparición del Imperio romano no alteró la mentalidad ni las costumbres del pueblo, que eran eminentemente atávicas, y el paganismo siguió existiendo, profundamente asentado entre la población hasta muy entrada la Edad Media.

La Iglesia trató de cristianizar viejas creencias dotándolas de un carácter sagrado, como la fiesta pagana del solsticio de invierno, que se convierte en la Navidad, el de verano se sacraliza con la festividad de San Juan (el origen de las hogueras, que aún hoy se encienden esta noche en algunas zonas de España, hay que buscarlo en ritos ancestrales), San José y San Miguel se hacen coincidir con los equinoccios, etc. Paralelamente se orienta al pueblo hacia las fórmulas litúrgicas emanadas de la patrística. Sermones recomendando la misa

dominical y como participar en ella, la obligación de comulgar en ciertos días destacados, demuestran que no era práctica habitual del conjunto de la población. Muchos textos altomedievales denuncian ritos anticristianos y la arqueología demuestra una fuerte pervivencia del paganismo que la Iglesia tardará mucho tiempo en erradicar.

En torno al siglo XII la cruz pierde su carácter peyorativo como instrumento de martirio de Cristo y empieza a convertirse en icono de la piedad cristiana, sustituyendo al pez y al cordero que eran los símbolos altomedievales. Aparece el culto mariano traducido en la fundación de múltiples santuarios dedicados a la Virgen, intercesora entre Dios y el hombre en aquellos asuntos en los que los santos habían fracasado. También se estimula la hagiografía. Los santos, que en los comienzos del cristianismo habían sido proclamados por tradición popular, como mediadores entre Dios y los hombres, a partir de ahora son nominados por la Iglesia, que exige contar en el expediente de canonización de una relación de los milagros efectuados por el posible santo, son los llamados *capitula miraculorum*.

La imaginación popular los dota de poderes sobrenaturales y así surgen los «santos sanadores», cada uno de ellos especializado en la curación de una enfermedad determinada, por ejemplo, de los cólicos y de los dolores de muelas se ocupaba San Agapito, la epilepsia se encomendaba a San Juan, el raquitismo a San Fermín o a San Macario. Durante la Gran Peste se hicieron rogativas y sacrificios a San Roque, lo que

no frenó la mortandad. Estos santos, capaces de realizar el milagro de restablecer la salud, podían de la misma manera quitarla como castigo por un pecado cometido o por una promesa incumplida, así se creía que San Lorenzo, igual que curaba los eczemas podía provocarlos; San Benito haría lo propio con la litiasis y de la erisipela de encargaba San Silvano. La práctica de la medicina se puso bajo la advocación de dos santos de origen sirio: Cosme y Damián, como lo estuvo la griega bajo la de Asclepio o Esculapio, al que se erigieron santuarios en Atenas, Epidauro, Pérgamo, etc. Cada ciudad tenía su santo protector e incluso los gremios se buscaron un valedor celestial: los carpinteros San José, Santa Catalina los carreteros... Los ex-votos que todavía en la actualidad se exhiben en algunos santuarios e iglesias, tienen sus orígenes en esta época.

ENFERMEDADES QUE CAUSABAN MARGINACIÓN

Eran, sobre todo, las infecto-contagiosas. La pobreza de la dieta y la falta de higiene hacía al hombre medieval especialmente vulnerable al contagio ya que la avitaminosis degenera en polioneuritis, tracomas, glaucomas... Las más constatadas entre las que causaban marginación son:

- **Lepra**, llegó a afectar a un 4% de la población europea y generó segregación radical, ya que el enfermo era separado de la comunidad. Desgraciadamente muy a menudo se confundía la lepra con otras afecciones de la piel como eczemas, psoriasis, etc., y los afectados eran tratados como le-

prosos y extrañados de la sociedad.

La paleosteología ha constatado la existencia de lepra en Europa desde el siglo III dC, pero las primeras descripciones de los médicos griegos y egipcios datan del 250 aC. Se cree que tuvo su origen en África y los esclavos la extendieron a Egipto, Siria, Asia Menor, India, China y Europa. Las invasiones y las cruzadas contribuyeron enormemente a su propagación.

La actitud hacia los enfermos de lepra varió notablemente a lo largo de la Edad Media. Hubo momentos en que se les autorizó a mendigar, pero tenían que anunciar su presencia haciendo sonar una carraca o una campanilla y se les obligaba a vestir de color gris y llevar bien visible un distintivo que señalase su condición de leproso. Las limosnas se dejaban en el suelo, para que el enfermo las recogiera una vez que el donante se hubiera alejado o se depositaban en un cesto atado al extremo de una larga vara, para evitar el más leve roce.

Como síntomas físicos para diagnosticar la enfermedad se consideraban *«pérdida de las cejas, ojos saltones y de mirada fija, hinchazón de la nariz, color amaratoado en la cara, aparición de nódulos junto a las orejas, la piel de la frente tensa y brillante, insensibilidad de la parte inferior de la tibia y de los dedos pequeños de los pies y la voz ronca»*. Otro síntoma era que, *«expuestos al frío, a los leprosos no se les ponía la carne de gallina*. Una vez que se confirmaba que el enfermo padecía lepra, se le decía una misa de difuntos, tras la cual un cortejo de vecinos le acompañaba a la leprosería,

ya que se le consideraba como un muerto en vida, y perdía todos sus derechos civiles y sus bienes pasaban al hospital de acogida. La severidad con que la Iglesia y la sociedad trató a los enfermos de lepra no se basaba tanto en el temor al contagio como en la creencia de que el mal era un castigo divino y al convencimiento de que el leproso sentía un rencor hacia los sanos que les inclinaba a las peores perversidades.

Las primeras leproserías surgieron en Bizancio, en el siglo IV, extendiéndose pronto por Europa dirigidas por los Hermanos de San Lázaro (patrón de este mal), de donde proviene el nombre de *lazaretos* por el que fueron conocidos estos establecimientos. Donde no había ninguna institución religiosa, era el municipio quien cuidaba de atender a los leprosos, pero sin permitirles el contacto con los ciudadanos sanos. Si uno de los cónyuges de un matrimonio contraía la enfermedad, el otro podía seguirle a la leprosería, aunque no estuviera afectado (lo que no fue habitual). Según datos de Schippergs a mediados del siglo XIII había cerca de 20.000 leproserías en Europa, tan extendida estaba la enfermedad. Existía la teoría de que los niños que enfermaban de lepra habían sido concebidos en el instinto pecador de la lujuria, no durante el cumplimiento del mandato divino de la procreación. La reticencia hacia este grupo alcanzó incluso a los hijos de los leprosos, que eran obligados a vivir aparte y a desempeñar los oficios más bajos. Los textos franceses mencionan, durante la hambruna de 1321, una confabulación entre leprosos y judíos para envenenar las fuentes y pozos. Los lepro-

sos, reconocieron la acusación, por lo que el rey Felipe V el Largo les condenó a la hoguera y los judíos fueron expulsados del reino, aunque algunos lograron comprar su permanencia.

En 1873, el noruego Armaner Hansen descubrió la *Mycrobacterium leprae*, causante de la enfermedad en sus dos manifestaciones, la *lepra tuberculoide* y la *lepra nerviosa*. El período de incubación es muy amplio, varía de unas pocas semanas hasta más de 30 años. Adopta un curso crónico con brotes y remisiones más o menos largas. Se localiza, principalmente, en la piel, mucosas y nervios periféricos, puede presentar atrofia muscular, a veces con reblandecimiento óseo o pérdida de los dedos. Otra complicación es la ulceración perforante de los pies. La necropsia ha descubierto lesiones en hígado, bazo, ganglios linfáticos, testículos, médula ósea, etc., en los casos avanzados. Las principales vías de contagio son las mucosas y el aparato respiratorio.

La lepra no está erradicada en la actualidad. Estadísticamente hay unos quince millones de leproso en el mundo, de los que sólo un pequeño porcentaje recibe asistencia sanitaria. El temor al contagio y la leyenda negra que acompaña a la enfermedad, hace que las leproserías sigan siendo ubicadas lejos de cascos urbanos e independientes de cualquier otro centro para infecto-contagiosos.

El estudio de los huesos exhumados de los cementerios de leproserías medievales, ha permitido constatar que a menudo la **sí-**

filis se confundía con lepra. Se creyó que la sífilis fue «importada» a Europa por los marineros que regresaban del Nuevo Mundo (posiblemente debido a una epidemia de esta enfermedad sufrida a caballo entre los siglos XV y XVI), pero la paleosteología ha demostrado su existencia en momias procedentes del Antiguo Egipto (el estudio, en París, de la momia de Ramsés II por una comisión de científicos occidentales, demostró que este faraón de la Dinastía XVIII padeció la enfermedad). Los italianos la llamaron «*mal del francés*», los franceses «*mal de los alemanes*», los flamencos «*mal español*», los rusos «*mal de los polacos*» y los turcos «*mal de los cristianos*». Geronimo de Huerta, en el siglo XVII, la describe como «*un mal que trajeron de Nápoles los soldados de los Reyes Católicos*». Es posible que el súbito descenso de la lepra a finales del siglo XIV se deba a que es entonces cuando se aprende a diferenciar ambas enfermedades. La sífilis se manifestaba por la aparición de bubones, llagas hediondas en la nariz, boca y otras partes del cuerpo, con dolores articulares y de cabeza y pérdida capilar. De Huerta cree que es el mismo mal que Plinio describe como *mentagra* **Fuego de San Antón, mal de los ardientes, o enfermedad del cornezuelo**, producida por un exceso de ergotina, sustancia segregada por el hongo *Claviceps purpurea* que se cría en el centeno en mal estado, por lo que incide, principalmente, en las clases más bajas. Suele aparecer en otoño, después de veranos húmedos y calurosos, que favorecen la aparición del hongo. El afectado sentía como si un fuego le abrasara interiormente hasta hacerle enloquecer de dolor.

La primera epidemia que recogen las fuentes fue en 857; otras datadas son las de 945 en París y 994 en Aquitania. La de 1029, el monje Adenar, la describe como «*un fuego de pestilencia que ataca a las poblaciones del Lemosin*». En 1089 una nueva epidemia recorrió Europa.

Se manifiesta en dos grupos principales de síntomas: vasculares y nerviosos. Produce el engangrenamiento de las extremidades, que se ennegrecen y encogen, con el desprendimiento de los miembros y, finalmente, la muerte. Para socorrer a los enfermos se fundó la Hermandad de los Hospitalarios de San Antón, por ser éste el santo al que se encomendaban los afectados. Como remedio los monjes sustituían el centeno por trigo en la dieta del paciente y, a los que habían alcanzado la fase gangrenosa, se les amputaban los miembros ennegrecidos.

- **Baile de San Vito o corea**, que en Italia se suponía provocada por la picadura de la tarántula y lo intentaban curar con música, lo que dio lugar a una composición musical: la tarantela. Debe su nombre a que los afectados invocaban a San Vito para que los librara del extraño mal.

Ataca a determinados núcleos del eje encefalo-medular. El síntoma principal es la aparición de movimientos involuntarios, rápidos, desordenados, de gran amplitud y sin finalidad ninguna. Puede afectar a cualquier región muscular (facial, del lenguaje, las extremidades, etc.). Sydenham, en el siglo XVIII, lo identificó con la *corea*, enfermedad mental y nerviosa.

- **Garrotillo o difteria**, enfermedad infecto-contagiosa, aguda y febril causada por el bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, descubierto por Klebs y Loeffler en 1873. Se manifiesta por palidez, vómitos, fiebre y la aparición de falsas membranas en la garganta que producen sofocación (*garrotillo*) y termina provocando la muerte por asfixia. Plinio la describe con ulceración en la boca y llagas pestilentes.

- **Peste blanca o tisis**, constatada desde la prehistoria a través de la paleosteología. La produce el *Microbacterium tuberculosis*, descubierto por Koch en 1882. Se trata de una enfermedad epidémica que evoluciona a brotes que se desarrollan a lo largo de decenios. Los síntomas son: extremado enflaquecimiento, enrojecimiento cutáneo provocado por la persistente fiebre y tos con expectoración sangrienta. La tuberculosis fue erradicada de España hace unos cuarenta años, pero últimamente ha resurgido tras la llegada de inmigrantes procedentes del Tercer Mundo.

- **Piojos guerreros o tifus**. Santiago Loren la define como «...*una enfermedad de guerras, de hambres, de prisioneros, de cárceles, de barcos y ciudades medievales...*». Está producida por un germen llamado *Rickettsia*, que se transmite al ser humano a través del piojo.

- **Mal aire o paludismo**. Surgido en las zonas pantanosas italianas hoy desecadas, se extendió por toda Europa en varias ocasiones. Se la llamó «malaria» (del italiano *mala aria* = mal aire), por pensar que el aire putrefacto de las ciénagas era el cau-

sante de esta enfermedad parasitaria. Los síntomas son fiebres intermitentes, anemia y manifestaciones nerviosas. En su fase más avanzada se produce un aumento del volumen del bazo y el hígado.

En la actualidad es endémica de países cálidos y húmedos, situados en el mal llamado *Tercer mundo*. La produce la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles*. Los síntomas en su manifestación más maligna se manifiestan por episodios febriles intermitentes, fuerte anemia y pérdida de leucocitos y aumento del tamaño del hígado y del bazo.

- **Viruela**, infecto-contagiosa aguda. Se manifiesta por un proceso catarral febril, seguido de una fase eruptiva que termina siendo pustulosa. Los primeros datos sobre ella se remontan al año 164 dC, durante el mandato de Marco Aurelio Antonino, por lo que las fuentes la llaman *peste antonina*. También los textos árabes la citan con frecuencia. El índice de mortalidad era tan alto que causaba auténtico terror entre la población. Fue erradicada a mediados del XX.

- **Peste negra**. Producida por el bacilo *Yersinia pestis*, aislado en 1894 por el microbiólogo Yersin, durante una epidemia en Hong-Kong. Es transmitida por la pulga de la rata negra (*Xenopsylla cheopis*). La pulga pica a la rata y la subciona la sangre infectada con el bacilo, que se multiplica en la pulga hasta saturarla e impedirle alimentarse, por lo que regurgita e inyecta los gérmenes en la nueva picadura. También se contagia de hombre a hombre por vía pulmonar-respiratoria. Según el demógrafo

inglés Russell, la pandemia se llevó a un tercio de la población europea, un cuarto en Inglaterra. Afectó a todas las capas sociales (con mayor incidencia en las más bajas) y causó la muerte del rey Alfonso XI durante el sitio de Algeciras. Se presenta principalmente:

- a) *bubónica*, al afectado le salían unos bubones en las ingles, axilas o cuello. Morían entre el 40 al 90% en, aproximadamente, una semana.
- b) *neumónica*, caracterizada por las placas de color negro-azulado que salían en el cuerpo del enfermo, sintomatizada por fiebre, ahogos, tos y esputos sangrientos. Se llevaba entre el 90 al 100% de los contagiados, que morían en el término de tres días.

Fue erradicada de Europa por la llegada de la actual rata gris, que exterminó a la rata negra, portadora de la pulga.

En el caso de la *peste negra* la marginación se invierte, es decir, no se expulsa al enfermo, sino que es el sano el que se auto-exilia ante el terror al contagio y huye de la ciudad buscando el aire limpio, como relata Boccaccio en *El Decameron*: «...imitemos a los que han partido y parten de la ciudad y huyendo de la muerte... en el campo el aire es mucho más puro, más fresco; allí hallaremos con abundancia cuanto a la vida es necesario. Siquiera nuestra vista no se fatigará con el continuo espectáculo de muertos y enfermos; pues si bien los habitantes del campo no están al abrigo de la peste, el número de apestados es mucho menor en proporción...». Efectivamente, parece que la única solución que encuentra el

habitante de la ciudad es la huida al campo, y la histeria colectiva produjo un éxodo masivo que propagó la epidemia al medio rural. *Villages desertes* en Francia, *lost villages* en Inglaterra, *wüstungen* en Alemania, *despoblados* en Castilla dejaron constancia de la envergadura de la pandemia. Geronimo de Huerta, en el siglo XVII, la describe de esta manera: «...*deftruyò de tal fuer- te la géte de todas eftas regiones, que muchas ciudades grádes quedaró fin moradores: y la razón de ir hàzia el Occidente, es fequir el movimiento del fol, pórq fus rayos, y los delos otros planetas, y eftrellas, van difponiendo el aire por donde van paffando, y tambien alguna parte del mifmo aire fe mueue arrebatadamente con ellos, y caminando hàzia el Poniente, va effe mal cruel figuiendole por el mifmo camino...*»

En un intento de combatirla se realizaron rogativas, misas, procesiones... Otra medida para luchar contra la epidemia fue el alejamiento de los cadáveres, así en Aviñón los cuerpos fueron arrojados al Ródano para que las aguas los llevaran hasta el mar, pero las corrientes los devolvían a la playa, lo que produjo un rebrote más virulento. Otros «remedios» consistían en quemar incienso y manzanilla en las casas para que sus vapores las purificaran, frugalidad con la comida y la bebida, no frecuentar las aglomeraciones, no bañarse, evitar las excitaciones y frotarse la piel con vinagre o agua de rosas. Los muebles y enseres de los fallecidos eran quemados y sus casas desinfectadas con azufre y luego se encalaban.

Las causas de la pandemia, según los contemporáneos, fueron las siguientes:

- Conjunción adversa de los astros.
- Castigo divino por los pecados de los hombres. El propio Boccaccio llegó a escribir: «... *sin duda en castigo de nuestras iniquidades* cayó [la peste] *sobre nuestra querida ciudad* [Florencia]...»
- Movimientos sísmicos que agitaron la tierra y por las grietas surgieron vapores inmundos que apestaron el aire.
- Los judíos, que envenenaron fuentes y manantiales.

Como consecuencia del miedo al contagio surgió, casi al mismo tiempo en toda Europa, el movimiento de las Hermandades de Flagelantes, con el propósito de erradicar la enfermedad a través de la penitencia, ya que era considerada una plaga de origen divino. Bandas de cientos, incluso miles de personas recorrían el continente cargados con cruces, orando y autoflagelándose con látigos de puntas metálicas. En su recorrido, propagaban la infección. Los Flagelantes fueron rápidamente condenados por la Iglesia, debido a las duras críticas que dirigían a la forma de vida de la cúpula eclesiástica y combatidos incluso con la hoguera.

La teoría que culpaba a los judíos del envenenamiento del agua potable desencadenó una persecución que acabó en una masacre: en la ciudad suiza de Chillon en septiembre de 1348, y tras haber sido sometidos a tortura, los judíos «confesaron», lo que desencadenó la furia de las masas. Narra la Dra. Sutcliffe que en Basilea todos los judíos de la ciudad fueron encerrados en un edificio de madera y quemados vi-

vos; 2.000 fueron asesinados en Estrasburgo; 12.000 en Maguncia, 600 en Bruselas; en julio de 1349, una multitud dirigida por los Flagelantes, realizó una atroz matanza en la judería de Frankfurt.

Según las fuentes la peste tuvo su origen en la meseta de Asia central y fue llevada hasta la colonia genovesa de Caffa, en Crimea, por las hordas mongolas que la sitiaban. El khan ordenó catapultar los cadáveres infectados dentro de la ciudad, en una incipiente forma de guerra bacteriológica. Marineros genoveses la llevarían hasta Italia desde se propagó rápidamente por toda Europa, alcanzando Escandinavia en 1352, llevada por los mercaderes de la Hansa. Epidemias similares se repitieron en otras ocasiones durante el resto de la Edad Media: Italia la sufrió ocho veces más, once Inglaterra, tres Francia, también conocieron rebrotes Castilla y Cataluña, pero nunca de forma tan virulenta como en el siglo XIV.

La creencia de que la pandemia había sido un castigo divino por la relajación de la moral, hizo nacer en las masas un sentimiento colectivo de culpabilidad. Aparecen los *Libros de Horas*, que son consideraciones sobre la muerte, el juicio final y el infierno. Incluso la palabra «macabro» surge en esta época. Algo más tarde, pero con la misma base, nace el *Arts moriendi*, con sus alegorías sobre la muerte y el más allá y se pintan escenas de danzas macabras, en las que un esqueleto baila con representantes de todos los estamentos sociales y de todas las edades para, al final, erguirse victorioso sobre los danzantes. Simboliza el triunfo de

la Muerte igualatoria sobre la Humanidad, sin distinción de condición social ni de edad. La obsesión por la muerte parece un *leit motiv* para el hombre medieval. El final del siglo XII es la época en la que el historiador Le Goff sitúa la «invención» del Purgatorio, lugar intermedio entre el Cielo y el Infierno en el que el alma *purga* sus imperfecciones humanas, como esperanza de salvación para el hombre medio.

Otra epidemia contagiosa fue la llamada **sudor del inglés**, que fué descrita desde mediados del siglo XV y que hoy se identifica con la gripe. En Italia fue conocida como la *influenza*.

Hubo enfermedades que generaron marginación en la Plena y Baja Edad Media porque traían consigo falta de trabajo, como los **ciegos** y los **tullidos**.

La mala alimentación, unida a la falta de higiene, eran responsables de la abundancia de cegueras producidas por glaucomas y tracomas. El **glaucoma** es típico de la Edad Media. Se distinguen dos formas: la congestiva, en la que la raíz del iris obstruye el ángulo de la cámara anterior del ojo (más frecuente en las mujeres), y la simple, que consiste en un trastorno del mecanismo de filtración. Degenera en ceguera total. El **tracoma** es una queratoconjuntivitis granulosa crónica determinada por el *Chlamydia trachomatis*. En su primera fase es muy contagiosa, el hacinamiento y la suciedad favorecen la transmisión. Se manifiesta por fotofobia, lagrimeo, sensación de ardor local y trastornos visuales, hasta producir la incapacidad permanente del ojo.

En la Alta Edad Media la **epilepsia** fue considerada como *el mal de los grandes hombres* y no estaba mal vista. Parece que la propia Sta. Hildegarda de Bingen lo padeció. Con el transcurrir del tiempo se consideró que las personas afectadas por este mal eran víctimas de una posesión demoníaca lo que llevó a la marginación del afectado. Su curación era intentada a base de exorcismos para expulsar al demonio del cuerpo poseído.

En la Alta Edad Media la **locura** no implicaba marginación: los locos eran tenidos por intermediarios entre el mundo sobrenatural y los hombres, dotados del poder de predecir; ingenuos y sinceros por lo que estaban más cerca de Dios, tanto es así, que hasta bien entrado el siglo XVI no aparecen datados los primeros manicomios, lo que indica que con anterioridad a esta fecha no se recluía a los locos. Solo en sus formas más violentas fue considerada como *mal del demonio* e intentada curar con exorcismos. La *frenesis magna*, llamada así porque el que padece la enfermedad rechina los dientes (en latín *frendere*), hoy conocida como esquizofrenia, se trataba de curar con música.

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES

Numerosos textos han dejado constancia de las enfermedades que aquejaron a la población medieval con mayor frecuencia:

- El **carbunco**, conocida también como *ántrax maligno*, enfermedad infecciosa producida por el *Bacillus anthracis*, que debe

su nombre al tono negro brillante que adquieren las pústulas, parecido a la antracita. Se manifiesta de tres maneras:

- a) Pústula y edema malignos, localizados en la zona de la piel por la que penetró el bacilo. A las 48 horas surge una pequeña marca roja parecida a la picadura de un insecto, que en poco tiempo se convierte en una úlcera indolora que endurece y adquiere el tono negro brillante característico. También aparecen síntomas de infección general (fiebre elevada, escalofríos, dolor muscular y de las articulaciones, hipotensión, pulso acelerado, diarreas, vómitos...); la muerte sobreviene en una semana aproximadamente. En el edema maligno predomina la tumefacción, el malestar general aparece con mayor rapidez y evoluciona más deprisa.
- b) *Neumonía carbuncosa*. Es menos endémica porque su mecanismo de contagio (inhalación) es menos frecuente.
- c) *Enteritis carbuncosa*, caracterizada por un cuadro enterítico agudo, mortal en uno a tres días. Puede ir acompañado de pústulas o edemas, con fiebre elevada, vómitos y hemorragias. El contagio se produce por la ingestión de aguas contaminadas.

Estuvo muy extendido entre los animales domésticos (ovejas, cabras, vacas,

cerdos, caballos). El hombre se contagiaba por el contacto con las esporas alojadas en la lana o la piel de los ejemplares enfermos. La puerta de entrada son las pequeñas erosiones de la piel. Los animales se infectan en los establos o en prados donde abundan las esporas procedentes de bacilos eliminados por la orina y heces de animales contaminados. Produjo grandes epidemias.

- El **escorbuto**, cuya primera descripción llega con las Cruzadas, lo produce un déficit de la vitamina C por falta de consumo de verduras frescas y frutos cítricos. Los síntomas son: depresión nerviosa, piel amarillenta, tumefacción de las encías, hemorragias, dolores en las articulaciones y manchas en la piel que primero son rojas, se vuelven violáceas, verdes, verde-amarillentas y finalmente amarillas, debido a la alteración de los pigmentos de la sangre. Fue especialmente temida por los marineros de la Edad Moderna en sus travesías transoceánicas.

- La **gota** (bajo la advocación de San Mauro), fue muy frecuente. Es una alteración del metabolismo nucleoproteico por la cual se produce un aumento del ácido úrico en la sangre (hiperuricemia), acompañada de dolores en las articulaciones, en ataques que se van haciendo más frecuentes e intensos, interrumpidos por períodos asintomáticos. En algunos casos la hiperuricemia depende de la excesiva ingestión de nucleoproteidos (hiperuricemia alimentaria), pero otras veces depende del aumento en el

catabolismo de los ácidos nucleicos, como en la fase resolutive de la neumonía. El ataque gotoso se caracteriza por dolor articular, con hinchazón y enrojecimiento local de la piel, y las articulaciones más frecuentemente afectadas son las de la mano (quiragra) y las del pie (podagra). Una receta que describe Schippersges y que extrae de la *Physica* de Hildegard recomienda aplicarse una pomada fabricada con *cuatro partes de ajeno machacado, dos de sebo de ciervo y una de tuétano del mismo animal*; otra aconsejaba *bañarse con el agua en la que haya hervido todo un hormiguero*. Los remedios recetados por Hildegard son siempre así de curiosos.

Las **hernias** aparecen a menudo descritas en las fuentes, sobre todo las abdominales. Al enfermo se le purgaba y ponía a dieta para, finalmente, aplicarle cataplasmas y vendajes. Al final del período medieval se empleará la cirugía.

- Entre las enfermedades del hígado destaca la **hipropesía**, con inflamación de las extremidades, flatulencia e hinchazón del vientre, que al golpearlo sonaba como un tambor.

- Abundaron las **enfermedades de la piel**, como chancros, producidos por el bacilo de Ducrey, eczemas, erisipela, etc., de las que la iconografía medieval nos ha legado multitud de ejemplares.

- Eran, así mismo, corrientes enfermedades como asma, cálculos, pulmonía y numerosas afecciones de tipo respiratorio y las que afectan al sistema digestivo.

LA DIETA

En los últimos tiempos medievales reaparecen pandemias que diezmaron a la población. La vulnerabilidad a epidemias y contagios era provocada por la malnutrición que reflejan las pinturas flamencas, donde se representan a jóvenes con síntomas de haber padecido raquitismo infantil: párpados caídos, exagerada delgadez, abdomen hinchado y piernas ligeramente arqueadas, de lo que se deduce una dieta escasa en proteínas y vitaminas. Se calcula el límite con lo que una persona podía vivir en unas 1.500 calorías y parece evidente que una gran parte de la población no llegaba a este mínimo, de ahí todas las referencias literarias que hacen mención al hambre e incluso a la práctica, consciente o no, del canibalismo: son comunes los relatos de posaderos que asesinan a viajeros ocasionales para servirlos luego cocinados.

Los glúcidos se tomaban en cantidad abusiva, de los cuales la totalidad eran cereales y leguminosas, el cereal (centeno y cebada en la mesa campesina) se consumía en pan y, sobre todo, cocinado como gachas. Se tomaban potajes de legumbres y, entre las verduras, predominaban el nabo, la cebolla y la berza. La carne era un alimento de clases privilegiadas, el labriego la comía en contadas ocasiones, principalmente de cordero y de cerdo, se consumía fresca en época de matanza y el resto del año ahumada o en salazón, la mayor parte de las veces, en no muy buenas condiciones. El pescado se consideraba un alimento para enfermos, débiles, etc., y solo se consumía durante la Cuaresma. El vino era uno

de los pocos lujos permitidos al campesino, lo tomaba mezclado con miel y especias y, a menudo, cocido. También bebía cerveza, a la que se añadió lúpulo a partir de la Plena Edad Media. Ambas bebidas les proporcionaban buena parte de las calorías que consumían diariamente

LA HIGIENE

La falta de higiene predisponía a la enfermedad. Los antiguos baños públicos romanos habían desaparecido por oposición eclesiástica, que aducía razones de moralidad (solo recomendaba baños a los enfermos). Existían unos lugares a los que se llamaba *baños públicos*, pero eran una especie de burdeles, no demasiado encubiertos. Vivir en la ciudad significa una convivencia más estrecha, con mayor densidad de población y, además, el ámbito urbano genera unos espacios distintos a los del campo con sus plazas, iglesias, tabernas..., todo ello conlleva un contacto mayor, los ciudadanos coinciden en el mercado, el horno, el lavadero público, y hace que las enfermedades se propaguen con más rapidez y afecten a más personas que en el medio rural. Durante estas centurias los pozos se contaminaban con frecuencia, pero se seguían utilizando. Se vivía entre excrementos, el agua sucia corría por la anarquía de calles pobladas de ratas, las letrinas eran comunes, la basura se acumulaba en improvisados vertederos, los animales domésticos vivían junto a los hombres ya que se utilizaban como foco de calor durante el invierno... Todo eso convertía a la ciudad en el caldo de cultivo ideal para la gestación y propa-

gación de todo tipo de enfermedades.

Pero la sociedad medieval marginó a muchos más colectivos: a la mujer, al anciano y al niño por considerarlos inferiores en su debilidad, al peregrino, al vagabundo, al buhonero y al juglar, por carecer de un hogar reconocido y de unos vecinos que pudieran salir valedores de su solvencia moral, dentro de esa forma obsesiva de entender la religión, típica de la época. Algunos oficios, por ser considerados sucios o impuros y marginó también a todo lo que consideró distinto. El miedo a lo diferente, a aquello que puede romper la rutina de unas gentes ancladas en sus costumbres; la desconfianza ante lo desconocido y la ignorancia en la que se hallaba sumida la sociedad, son los pilares en los que se sustentan los prejuicios que sirven de justificación a la marginalidad social durante la Edad Media.

BIBLIOGRAFÍA

- *3.000 años de Historia de la Medicina.* **H. Goerke.** ED. G. GILI, S.A. Barcelona, 1986
- *Historia, medicina y sociedad.* **J. Riera.** ED. PIRÁMIDE. Madrid
- *Historia de la Medicina.* **J. Babini.** TAURUS. Barcelona, 1980
- *Historia de la Medicina.* **P. Lain Entralgo.** SALVAT. Barcelona 1979.
- *Manual de Historia de la Medicina y de la Profesionalidad médica.* **Santiago Loren.** ANAPOLE
- *Historia de la Medicina.* **J. Sutcliffe.** BLUME
- *La peste negra.* **E. Mitre y otros.** CUADERNOS HISTORIA 16
- *El Decameron.* **Boccaccio.** EDAF, S.A.
- *La piedad y la horca.* **B. Geremek.** ALIANZA UNIVERSIDAD. Madrid, 1989
- *Europa 1492.* **F. Cardini.** ANAYA. Madrid, 1989
- *Marginalidad en la Edad Media.* **N. Guglielmi.** ED. UNIVERSITARIA. Buenos Aires. 1986.
- *Historia económica de Europa. Edad Media.* **C. Cipolla.** ARIEL HISTORIA. Barcelona, 1981.
- *Edad Media.* **J. García de Cortazar.** ED. NAJERA. Madrid, 1986
- *La Baja Edad Media.* **J. Vandeón.** HISTORIA 16. Extra XVII.
- *Historia de la Edad Media en Occidente.* **E. Mitre.** CATEDRA. Madrid, 1995.
- *Historia Natural de Cayo Plinio Segundo.* Traducida por el Licenciado Geronimo de Huerta. F.N. Madrid 1629. Reedición facsimil 1982.
- *El Arte de los Metales.* **Licenciado Albaro Alonfo Barba.** IMPRENTA DEL REYNO. Madrid MDCXXX. Reedición facsimil Madrid 1977.
- *El jardín de la salud.* **H. Schippergs**
- *Química general moderna.* **J. A. Babor.** EDITORIAL MARIN. Barcelona 1964.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Publicación oficial de la Sociedad de enfermería Neurológica S.E.D.E.N.E, publica, trabajos originales, artículos de revisión u opinión, casos clínicos y protocolos y todo lo considerado de interés en el campo de la enfermería neurológica.

1. Los trabajos deben ser originales y no haber sido publicados con anterioridad.
2. Se enviará el documento en soporte papel e informático, creando un formato de procesador de textos Microsoft Word 6.0 preferentemente. Los gráficos irán archivados en el mismo disquete en Excel o PowerPoint preferentemente.
3. Si aportan fotografías, se adjuntarán originales o en soporte JPEG, BMP o GIF
4. En todos los artículos debe constar: Título del artículo, Nombre del autor o autores, títulos académicos o profesionales y nombre de la Institución donde trabaja y la dirección de contacto del responsable para posible correspondencia.
5. En los trabajos originales, deberán constar los siguientes apartados:
 - a) Resumen y palabras clave en castellano y a ser posible en inglés.
 - b) Introducción.
 - c) Material y Métodos.
 - d) Resultados.
 - e) Discusión y Conclusiones.
 - f) Bibliografía y Agradecimientos si los hubiere. Preferente utilizar las normas de Vancouver.
6. Las fechas límite de recepción de trabajos serán:
15 de Marzo para la Publicación primer trimestre.
15 de Setiembre para el segundo trimestre.
7. Las publicaciones se remitirán en un sobre dirigido a:

Ultramar Express Event Management

C/ Diputació 238, 2º 1º - 08007 Barcelona - Tel 93 482 71 40 – Fax 93 482 71 58

Dirección de correo electrónico: sedene@uex.com

Persona de contacto: Núria Aragall

Todo el material recibido en nuestra redacción, quedara archivado para el uso que la Sociedad SEDENE crea conveniente.




Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

 Comunidad de Madrid



IV Jornada Madrileña de Enfermería Neurológica



“compartir para mejorar”

23 de mayo de 2008

Lugar: Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Aula Magna del Pabellón Docente

Información: Teléfonos 915868418— 914265037
E-mail : aharto.hgugm@salud.madrid.org

SALARIA KEA. LA ENFERMERA "ROJA" QUE VINO DE HARLEM

Autora: Margarita del Valle garcía. Supervisora de Neurología. Hospital de Cabueñes. Gijón

Una exposición, realizada en el verano del 2007, en Nueva York ensalza el trabajo de Salaria Kea en un hospital de Murcia durante la Guerra Civil «En América despreciaron mi saber. Me dijeron: 'El color de tu piel, más que una ayuda, es un problema'»

Salaria Kea nació en Georgia, conocido, al norte de Florida, en el año 1917. Su padre era un asistente de un hospital psiquiátrico, donde fue apuñalado cuando ella apenas era una niña. Junto a sus tres hermanos y su madre, la familia emigró a Ohio. Allí se convertiría en enfermera. Logró un empleo en la Escuela de Enfermería del hospital de Harlem.

Pronto comprendió que eran los negros quienes debían luchar por hacer valer sus derechos y adquirió cierta popularidad al encabezar una campaña contra la segregación racial. La joven enfermera también encabezó, en 1935, otra campaña para organizar la asistencia médica en Etiopía, tras ser invadida por Italia.

En 1936, Salaria Kea estaba convencida de que la igualdad se gana día a día, segundo a segundo. Pese a ello, quizá le costó digerir el desprecio que sintió al solicitar ser voluntaria de Cruz Roja. Las inundaciones habían devastado Ohio y la joven, ya experimentada enfermera, se dispuso a ayu-

dar a los damnificados en cuanto pudiera. Sin embargo, fue rechazada. Como revelaría muchos años después, «la única razón, según se me dijo, es que mi piel causaría más problemas que lo que podría ayudar». Indignada regresó a Harlem, donde conoció a través de la prensa «la forma en que Alemania estaba tratando a los judíos... era como el Ku Klux Klan» y se enfureció «con las noticias de los bombardeos de Hitler contra los civiles españoles».

EL BATALLÓN ABRAHAM LINCOLN

Alcanzó España en el año 1937

En 1937, Salaria se enroló en el Batallón Abraham Lincoln. Este batallón fue una organización de voluntarios estadounidenses, integrado por unidades de las Brigadas Internacionales que apoyaron la Segunda República Española en la Guerra Civil.

Los componentes del batallón, que por extensión cedió su nombre a cuantos efectivos llegaban desde Estados Unidos, eran en su mayoría afiliados al Partido Comunista de los Estados Unidos o a otras organizaciones obreras socialistas. Los primeros voluntarios partieron de Nueva York el 25 de diciembre de 1936 y su destino fue Albacete.

El 27 de marzo de 1937, Salaria navegó en el SS Paris, acompañada por otras 12 enfermeras y un grupo de médicos dirigido por el cirujano Edward K. Barsky. Durante el trayecto, ninguno de ellos sospechó el trabajo que les aguardaba al llegar a España. Su primer destino fue Villa Paz, un hospital de campaña a las afueras de Madrid. Pronto descubrió las graves carencias hospitalarias de la República.

Apenas había suministros tan elementales como agua caliente y vendajes. Hasta el extremo de que tuvieron que improvisar complicadas operaciones de cabeza o de pecho, «sólo iluminados por la luz de las linternas».

UN TRIBUTO A SU HEROICIDAD

En plena Quinta Avenida

Setenta años después de aquella gesta, el pueblo neoyorquino rindió tributo a la enfermera. No es la primera vez, ya que Kea es autora de diversos artículos y un libro sobre su experiencia en España. Si, en cambio, resulta novedoso que alguna de las imágenes que componen la exposición hagan referencia a Murcia.

El Museo de la Ciudad de Nueva York expuso hasta el 12 de agosto una muestra que, bajo el nombre de Frente al fascismo: Nueva York y la guerra civil española, rememora cómo vivieron la contienda española los habitantes de la gran manzana que también se vieron divididos por un conflicto lejano.

Fotografías, carteles, panfletos, banderas, libros, pinturas y uniformes militares son los

componentes de una exposición que acerca al presente el último lustro de los años treinta que, si resultó determinante para España, también lo fue para la sociedad neoyorquina, en la que se pusieron de manifiesto dinámicas étnicas y religiosas que marcarían la historia de la ciudad.

«La exposición rememora una época en la que los neoyorquinos de cualquier tendencia política estaban comprometidos con el mundo. La gente miraba lo que pasaba en España y llegaba a conclusiones muy dispares sobre ello», advierte Sarah Henry, una de las comisarías de la muestra, para quien «lo más importante es ver que la ciudad estuvo dividida». División que aquí, a miles de kilómetros, ni siquiera era conocida por las decenas de enfermos que aguardaban las curas de Salaria.

La muestra, que se nutre principalmente de los archivos de la Brigada Abraham Lincoln, destaca la historia de diez personas que se sumaron a ese cuerpo e hicieron un viaje que, partiendo de Manhattan, las llevaría a España, de donde traerían recuerdos en diarios, libros y fotografías que hoy están al alcance de todos. Entre ellas, destaca la historia de Salaria Kea.

NI RASTRO DE SU PASO

¿Dónde sirvió la heroica enfermera?

Cuando Salaria Kea abandonó España, después de ser capturada por el Ejército Nacional y escapar, su memoria quedó sepultada por cuarenta años de Dictadura. Nadie nunca se atrevió a escribir una línea de alabanza a la tarea que realizó, al menos

dentro de nuestras fronteras. Acaso por ello, como destacan Pedro Pina, presidente de la Asociación Unidad Cívica por la República en Murcia, y Eulogio Bielsa, uno de sus asociados, el recuerdo de esta heroína, como el de tantos otros, se convirtió en anatema.

Uno de los lugares donde Salaria pudo prestar sus servicios fue el colegio marista de La Merced, en El Malecón. En 1935, se adquirió por compra este centro a los Hermanos Maristas, creándose allí la Facultad de Filosofía y Letras y la Universidad de Murcia en general. Sin embargo, al inicio de la Guerra Civil, la facultad fue reconvertida en hospital de las Brigadas Internacionales. Así permaneció hasta 1939, cuando regresó la actividad académica, con apenas unos cuantos profesores y alrededor de 300 alumnos.

Muy pronto se hizo necesario ampliar las instalaciones y las Brigadas Internacionales habilitaron el Santuario de la Fuensanta. Entretanto, en Archena se mantenía otro centro médico, en este caso mixto: era gestionado por el Ejército Popular y las Brigadas.

Salaria describió después que las camas de los hospitales donde trabajó se llenaban de «soldados de casi todas las razas: checos de Praga y de pueblos bohemios, húngaros, franceses y finlandeses, alemanes e italianos, exiliados o escapados de campos de concentración; etíopes de Djibouti, que intentaban recuperar la libertad de Etiopía estrangulando las fuerzas de Mussolini en España, negros de los estados del Sur de Estados Unidos. Estas diferencias de razas, color, nacionalidad y religión se superaron

para hacer de España la tumba del fascismo».

ALABADA POR POETAS

En un mundo con tensiones

La enfermera que el poeta americano Langston Hughes describió entonces como «una delgada muchacha color chocolate» supo emplear cuanto la rodeaba para salvar vidas. Poco le importaba el intenso debate que dividía a muchos americanos.

«Hubo muchas tensiones. La variedad de la ciudad en cuanto a identidades e ideologías afloró con la guerra civil española», contó a Efe Thomas Mellins, uno de los comisarios de la exposición, para quien, sin embargo, cabe destacar «las ganas de mejorar el mundo que movieron a miles de personas a enviar ayuda a España».

La exhibición, contó con fotografías y un documental de Frank Capa, destaca el papel de la Brigada Abraham Lincoln en las brigadas internacionales que lucharon en España, al mismo tiempo que hizo hincapié en las dispares visiones que tuvieron diferentes comunidades de la ciudad sobre el conflicto.

Salaria Kea fue capturada por el ejército de Franco y, durante algunas semanas, fue testigo de innumerables fusilamientos. Por suerte, logró escapar y huir a su país, desde donde siguió impulsando la causa de la República. Durante la Segunda Guerra Mundial regresó a Europa, conoció a un irlandés y se casó.

La pareja vivió muchos años en una casa

de Nueva York, para regresar más tarde a su ciudad natal. Allí falleció en mayo de 1990. Y ahora, justo 17 años después de su muerte, mientras la exposición neoyorquina la devolvió a la actualidad, acaso como un homenaje aplazado, se publica el rostro de aquella delgada muchacha color chocolate que se jugó la vida por salvar la vida de tantos murcianos.

BIBLIOGRAFÍA

- <http://medios.mugak.eu/noticias/noticia/97744>
- http://www.laverdad.es/murcia/prensa/20070506/region_murcia/enfermera-roja-vino-harlem_20070506.html
- http://translate.google.com/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/WkeaS.htm&sa=X&oi=translate&resnum=6&ct=result&prev=/search%3Fq%3Salaria%2BKea%26hl%3Des%26rlz%3D1T4ADBS_esES225ES225

ENFERMERÍA EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Jordi Pujiula ¹, Rosa Suñer ²

¹ *Enfermero. Director del Centro Geriátrico y Sociosanitario Maria Gay de Girona.*

² *Enfermera y Antropóloga. Directora de Enfermería del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona. EUE. Universidad de Girona.*

Actualmente donde se produce más investigación en el ámbito sanitario es en la atención especializada de la salud, en el segundo nivel de acceso a la asistencia sanitaria. Este segundo nivel de acceso comprende: la atención hospitalaria, la sociosanitaria, la atención psiquiátrica y de salud mental, la atención en drogodependencias y la atención farmacéutica. Esta investigación se lleva a cabo en la red de hospitales de agudos, la red de salud mental y la de atención a las drogodependencias.

En los últimos años la enfermería está intentando desarrollar uno de sus roles más importantes: la investigación. Es precisamente en estos ámbitos y en el primer nivel de acceso a la atención primaria donde los intentos han sido fructíferos. En España se puede afirmar que existen grandes dificultades en poder desarrollar una producción científica enfermera. Estas dificultades provienen básicamente de dos factores: el primero se debe a las características del lugar de trabajo: la importante actividad asistencial de los centros, el poco tiempo para la práctica reflexiva, la falta de tiempo para la comunicación y las escasas líneas específicas de investigación en enfermería en la atención hospitalaria en España, hace que prácticamente sea imposible hacer in-

vestigación en horario laboral. El segundo factor lo encontramos en el ámbito profesional: los enfermeros y enfermeras tienen poca información en metodología de la investigación, y habitualmente realizan más investigación en líneas no propias, es decir, en grupos multidisciplinares. Y sobre todo, investigan como personal de soporte o como becarios en grupos consolidados, por lo que no se dispone de profesionales dedicados a tiempo total a la investigación en enfermería.

A pesar de estas dificultades actualmente hay enfermeros/as que se dedican a la investigación en grupos consolidados, y que actúan sobre todo en la realización de ensayos clínicos y además jugando un rol muy importante en la ejecución de los mismos.

LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Los primeros antecedentes históricos sobre la investigación en el campo de la enfermería datan del siglo XIX, con el papel destacado de Florence Nightingale, entre otros. Pero no fue hasta el año 1952 cuando se publicó la primera revista de investigación en enfermería llamada "Nursing Reserach".

El primer paso para la investigación práctica clínica y/o educativa es la creación de

un registro. Los bancos de datos, bancos de pruebas y datos cualitativos sobre aspectos a estudiar son totalmente necesarios para una buena investigación. Y si al mismo tiempo estos datos cualitativos sobre aspectos a estudiar son totalmente necesarios para una buena investigación. Y si al mismo tiempo estos datos se intercambian con otros centros y grupos se generan gran cantidad de estudios multicéntricos, incrementando así la producción científica de manera sinérgica. Actualmente el gran volumen en investigación se encuentra en estudios cuantitativos, los cuales presentan una gran variedad de diseños: descriptivos, transversales, longitudinales, experimentales y ensayos clínicos. Hoy en día hay una tendencia a incrementar los estudios cualitativos con el fin de estudiar conocimientos de hábitos, promoción de la salud y estrategias para mejorar la vida de las personas, como ancianos, enfermos crónicos y/o terminales. Es precisamente este campo cualitativo donde la investigación en enfermería se tendría que involucrar más y desarrollar su conocimiento.

En los últimos años la investigación que han realizado los enfermeros/as expertos en cuidados al paciente neurológico del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona, se ha dirigido en estudios de pacientes que han sufrido una patología vascular cerebral. Estas investigaciones nos han ayudado a comprender el impacto del ictus en la calidad de vida de los pacientes después de sufrir esta enfermedad. Hemos observado algunos factores en la fase agu-

da de la enfermedad que pueden dar un peor pronóstico al paciente debido a la hipoxia al ingreso, o por las complicaciones como la neumonía durante la hospitalización, o la incontinencia como predictor principal de discapacidad a los tres meses y al año después de padecer esta enfermedad. Estos son algunos ejemplos de trabajo en investigación para la práctica clínica diaria que hemos desarrollado. También se ha colaborado en investigación clínica básica sobre todo en estudios genéticos e investigación clínica biomédica con marcadores moleculares de predicción de mal pronóstico de la enfermedad vascular cerebral.

EL ENSAYO CLÍNICO

En estos últimos años en los ensayos clínicos es donde los enfermeros/as (y sobre todo la enfermería becada) ha desarrollado más tareas de investigación.

Su función principal está en la recepción o captación de pacientes que han estado incluidos o se incluirán en el estudio. También es importante el papel de la enfermera en la preparación y administración de los productos en investigación, el proceso de seguimiento y evolución del paciente, el conocimiento de los posibles efectos adversos o complicaciones que puedan surgir durante el período de estudio. Estas tareas se deben realizar aplicando siempre las normas de buena práctica clínica. Éstas son un conjunto de condiciones que debe cumplir un ensayo clínico con el fin de asegurar que se realizará siguiendo un protocolo científico adecuado, respetando los derechos de

los pacientes y que garanticen la validez tanto de los datos recogidos como de los resultados obtenidos.

De igual o mayor importancia es la protección de los derechos de los pacientes que participan en el ensayo clínico. Los pacientes en este tipo de investigación son tratados con un producto o sustancia que todavía no ha demostrado su seguridad y/o eficacia, por lo que pueden surgir una serie de problemas éticos:

- Cuando se trata a un paciente con un medicamento de eficacia desconocida y eso impide que se trate con un medicamento de eficacia, tal vez, suficientemente demostrada.
- La asignación de los pacientes a los tratamientos se debe hacer siempre al azar.
- El paciente y el equipo sanitario deben desconocer el tratamiento asignado. Esto puede conllevar una inquietud adicional sobre los resultados que se pueden obtener, de la misma manera ser tratado con placebo.
- El paciente puede ser sometido a exploraciones que no son imprescindibles para el seguimiento de la enfermedad.

El **consentimiento informado** es el procedimiento por el cual se garantiza que los sujetos han expresado voluntariamente su intención de participar en un estudio de investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado sobre los objetivos del estudio, los posibles beneficios, problemas, riesgos y/o alternativas y sus derechos y responsabilidades como sujeto de estudio. El consentimiento informa-

do siempre será por escrito, naturalmente, después de un proceso de información verbal, en el que el paciente haya podido formular preguntas y aclarar sus dudas con el profesional. Cuando las condiciones del paciente lo permitan, éste deberá firmar el formulario escrito de consentimiento, también puede negarse a participar en el estudio. En el caso de que el paciente presente una incapacidad será su representante legal quien tome la determinación. El paciente, o bien su representante, pueden revocar el consentimiento en cualquier momento, sin expresión de causa y sin que por ello se derive hacia él ninguna responsabilidad ni perjuicio.

En caso de sufrir una lesión a consecuencia de la participación en el estudio, el investigador principal o el patrocinador debe prestar al paciente la atención requiera por lo que el ensayo clínico debe tener una póliza de seguro.

Es necesario recordar que casi todas las investigaciones requieren de consentimiento informado (también las investigaciones sociales y epidemiológicas), aunque hay algunas excepciones. En las investigaciones que requieren un banco de muestras, el consentimiento sobre las condiciones de almacenamiento de las muestras (en qué lugar, por cuánto tiempo, responsable del banco ...) y, sobre todo, qué tipo de células se estudiarán en el futuro con esas muestras.

Los enfermeros/as del ensayo clínico también controlan el fármaco a administrar, la cumplimentación de todos los criterios de

inclusión y exclusión del estudio, la evolución del paciente, convirtiéndose así en el enlace más directo del paciente con el resto del equipo de investigación y del investigador principal.

Finalmente, en los ensayos clínicos los enfermeros y enfermeras serán los grandes facilitadores y coordinadores de todas las tareas del equipo investigador y de las obligaciones del investigador principal. Es necesario mencionar que la investigación en ciencias de la salud, en este caso desarrollada por enfermería, nos conduce, sin ninguna duda, a mejorar nuestros conocimientos profesionales. Y de esta mejora se benefician tanto los pacientes como la profesión, evidentemente siempre y cuando se respeten las normas de conducta ética inspirada en principios la beneficencia, el respeto a la dignidad humana, a la autonomía y a la justicia.

LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL AGUDA

PRIMERA PARTE

Autora: Rosa Suñer Soler

*Diplomada en enfermería y Licenciada en Antropología Social y cultural.
Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida, Universidad de Girona.
Profesora asociada del Departamento de Enfermería, Universidad de Girona.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad vascular cerebral (MVC) es uno de los problemas de salud más importantes en los países desarrollados y lo será en los próximos años en aquellos menos desarrollados por un incremento de la esperanza de vida. Cuando el paciente ya ha sufrido un primer episodio de MVC, la prevención secundaria es, en general, completa respecto al control de algunos factores de riesgo como la hipertensión o la diabetes, en cambio no está desarrollada la corrección y el seguimiento de otros factores de riesgo modificables como el tabaquismo.

Un factor de riesgo se define como la característica biológica o el hábito que permite identificar a las personas que tienen una mayor probabilidad que el resto de la población por presentar una determinada enfermedad (1).

Es de vital importancia la identificación de los factores de riesgo, porque con este conocimiento se pueden poner marcha estrategias para controlar a las personas que todavía no han presentado la enfermedad. Esta actuación se denomina *prevención primaria*. Cuando los controles y las medidas

se producen en personas que ya han presentado la enfermedad, se habla de *prevención secundaria*, se trata de evitar un nuevo episodio de esta enfermedad.

Los estudios epidemiológicos de las enfermedades vasculares cerebrales han detectado factores de riesgo no modificables y potencialmente modificables (2). Algunos autores diferencian los factores de riesgo de los ictus isquémicos de los factores de riesgo de los ictus hemorrágicos; otros autores partiendo del trabajo de Sacco et al. (1997) los clasifican en factores con más o menos evidencia científica (1,3) o hacen tres diferenciaciones: factores no modificables, factores potencialmente modificables y factores modificables (1).

El objetivo de este trabajo es revisar los factores de riesgo de la enfermedad vascular cerebral aguda, se tratarán los factores siguiendo la clasificación de Sacco et al.(1997), los factores potencialmente modificables se sub-clasificarán en factores que se pueden prevenir y factores no prevenibles.

También se analizarán los factores no modificables como la edad, el sexo o la herencia. Respecto los potencialmente modificables que se pueden prevenir se revisa-

rá el hábito tabáquico, el abuso de alcohol, o el consumo de otras drogas.

En una segunda parte de este trabajo se revisarán los factores de riesgo que no se pueden prevenir como la hipertensión arterial, la diabetes, las cardiopatías, las dislipemias y los antecedentes de ictus transitorio. Finalmente, se desarrollarán los modelos de prevención de las enfermedades.

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

La edad es un factor no modificable. Se ha constatado que a mayor edad más alteraciones en el sistema cardio-vascular y más riesgo de sufrir un ictus isquémico y hemorrágico. El riesgo de sufrir un ictus se dobla en cada década a partir de los 55 años de edad (1,4,5)

El sexo es otro factor no modificable. Es un hecho conocido que los hombres tienen más riesgo de sufrir un ictus que las mujeres (4,6). Se habla que los hombres presentan una incidencia de un 30% superior a la de las mujeres (1) Algunos autores han observado que la incidencia es ligeramente más elevada en las mujeres en la franja de edad entre 35 y 44 años y a partir de los 85 años (6).

La raza y la etnia obviamente son factores que tampoco se pueden modificar. Se ha estudiado que las personas de raza negra y algunos hispánicos americanos tienen un mayor riesgo de sufrir un ictus comparados con las personas de raza blanca. Este sobre riesgo se justifica por una mayor pre-

valencia de hipertensión, de diabetes y de obesidad (6-8).

Los factores genéticos también se incluyen en este apartado de factores de riesgo no modificables. Se ha observado un incremento del riesgo de sufrir ictus en las personas que tienen tanto el padre como la madre con antecedentes de ictus. En un estudio reciente (9) se ha observado que la historia familiar de ictus es un factor de riesgo independiente de sufrir un ictus isquémico antes del 70 años.

También hay evidencia científica, de la influencia de factores genéticos en las hemorragias cerebrales, así se ha estudiado que una tercera parte de las hemorragias cerebrales lobares son atribuibles a la presencia de determinadas Apolipoproteínas E (APOE) en el genotipo (10).

Además, se habla de factores ambientales y estilos de vida de determinadas familias como factores de riesgo, como por ejemplo el tipo de alimentación aun cuando en estos casos se trataría de factores potencialmente modificables (11).

FACTORES DE RIESGO POTENCIALMENTE MODIFICABLES, QUE SE PUEDEN PREVENIR

El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo de sufrir un ictus, y está bien estudiado como tal desde hace años y con un nivel de evidencia científica elevado.

El tabaco es responsable del 30% de las muertes por cáncer, del 20% de las muertes por enfermedades coronarias y

cerebrovasculares y de más del 80% de muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (12).

Tiene efectos muy negativos a nivel hemodinámico, hemostático y lipídico, además de disminuir la capacidad de transporte del oxígeno por la sangre. Activa la aterogénesis de las arterias coronarias y cerebrales, lo cual hace aumentar el riesgo de enfermedades cardíacas y de enfermedades vasculares cerebrales (13). Se ha observado que los fumadores tienen un riesgo tres veces superior de presentar un ictus respecto a los no fumadores. Este riesgo aumenta 20 veces si el tabaquismo se asocia al hipertensión arterial (14).

El tabaquismo también es un factor de riesgo de sufrir una hemorragia cerebral o subaracnoidea, sobre todo en las mujeres y en las más fumadoras (15-16). En un meta-análisis de 22 estudios se observó que el riesgo relativo (RR) de sufrir un infarto cerebral se dobla entre los fumadores respecto a los no fumadores (15). El riesgo relativo (RR) de ictus entre los fumadores fue de 1.34 en un estudio realizado entre profesionales de enfermería (17) y de 1.26 en un estudio hecho con médicos (18). En una investigación realizada con más de veinte mil médicos americanos con un seguimiento de aproximadamente 18 años, también se observaron diferencias según el número de pitillos / día (19). Así, los fumadores de menos de 20 cigarrillos al día presentaron un RR de 1,65 para la hemorragia cerebral y de 1,75 para la hemorragia subaracnoidea comparado con los no fumadores. Los fumadores de más de 20 cigarrillos al día,

tenían un RR de 2,06 para hemorragia intracerebral y de 3.22 para hemorragia subaracnoidea, respecto a los que no habían fumado nunca. Un estudio más reciente también llega a similares conclusiones, observando que los pacientes fumadores de más de 20 cigarrillos al día y con hipertensión presentan un alto riesgo tanto de presentar ictus isquémicos como hemorrágicos, sobre todo a la edad adulta (20).

Los fumadores pasivos también tienen más riesgo de sufrir un ictus o un infarto de miocardio, puesto que la exposición pasiva al humo también produce disfunción endotelial. En un estudio de caso-control australiano se observó un RR de 1,82 por las personas que estaban expuestas al humo del tabaco, después de ajustarlo por edad, sexo, historia de hipertensión, infarto de miocardio y diabetes (21).

El riesgo de sufrir un ictus disminuye al dejar de fumar y pasa a ser igual al riesgo que tienen los no fumadores a los cinco años de abandonar el hábito tabáquico (22). En el estudio de Framingham y en un estudio realizado entre profesionales de enfermería, se observó que la máxima disminución de riesgo al dejar de fumar se produjo entre los 2 y 4 años de cesación del hábito (14,17).

Asimismo, algunos autores han estudiado que el riesgo de ictus atribuible al tabaco se reduce en las personas de edad avanzada (1), otros sin embargo han observado que la hipertensión, el tabaquismo y la enfermedad cardiovascular están fuerte-

mente asociados a un deterioro importante de la función renal en las personas mayores (23).

El alcohol, es un factor controvertido, por una parte en algunos estudios el consumo moderado de alcohol no se ha asociado a mayor riesgo de ictus isquémico, actuando como un factor protector (24), en otras investigaciones se ha observado todo el contrario. Por ejemplo, en un estudio de revisión se observó que beber 150 gramos de alcohol a la semana o más, presentaba un RR de 4,7 de sufrir hemorragia subaracnoidea (25).

En otra investigación más reciente, se ha visto que consumos de más de 9,9 gramos de alcohol al día ya aumentan el riesgo de ictus isquémico, observando un RR de 1,26 entre los que consumían entre 10-29,9 gr./día y de 1,42 entre los consumían más de 30 gr./día, produciendo hipertensión arterial, alteraciones de la coagulación, arritmias cardíacas y disminución del flujo sanguíneo cerebral (26).

El consumo de otras drogas, puede provocar vasoconstricción sobre todo cuando se administran por vía endovenosa, además de una lesión inmune de las arterias, en la administración de drogas hay material extraño contaminante, alteraciones de la función plaquetaria, y los aditivos de las drogas (talco, por ejemplo) pueden producir embolias pulmonares o sistémicas (27).

El consumo de cocaína es el más documentado como factor de riesgo de ictus, sobre todo de ictus isquémico (1,28), a la vez se ha observado que el consumo de an-

fetaminas induce más riesgo de ictus hemorrágico (1,29).

Los anticonceptivos orales se han asociado a riesgo de sufrir MVC, sobre todo en mujeres fumadoras, hipertensas o diabéticas. También en las mujeres que llevan más de 6 años con este tratamiento y que tienen más de 36 años. En cambio, en las mujeres que toman bajas dosis de estrógenos no se ha evidenciado riesgo (1,30).

El sedentarismo, también es un factor de riesgo, se ha estudiado que el ejercicio físico de intensidad moderada aumenta la sensibilidad a la insulina, reduce la agregación de las plaquetas, disminuye la presión arterial y el peso, y hace aumentar el niveles de HDL-colesterol. Estos efectos beneficiosos hacen que se aconseje el ejercicio físico moderado para prevenir ictus (1).

En un meta-análisis se observó un claro beneficio del ejercicio físico en la prevención de MVC, las personas con una activa actividad física tenían un 25% menos de incidencia o de mortalidad por ictus respecto las más inactivas, por sub-tipos de ictus se encontró que los activos tenían un 21% menos de riesgo por ictus isquémico y un 34% menos de riesgo por ictus hemorrágico (31).

Finalmente, algunos **hábitos alimentarios** se relacionan con riesgo de sufrir ictus como los déficits de vitamina B1, B6 y B12 que se asocian a hiperhomocistina en la sangre (32). Asimismo, es un hecho conocido que las dietas con grasas saturadas contribuyen al aumento del colesterol en la sangre y

elevan el riesgo de ateromatosis (32).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-Vila E, Irimia, P. Factores de riesgo del ictus. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2000; 23 (Suplemento 3): 25-32.
2. Sacco RL, Benjamin EJ, Broderick, JP, Dyken M, Easton JD., Feinberg, WM, Goldstein LB, Gorelick PB, Howard G, Kittner SJ, Manolio TA, Whisnant JP, Wolf PA. Risk factors. *Stroke* 1997; 28:1507-1517.
3. Goldstein LB, Adams R, Becker K, Furberg D, Gorelick PB, Hademenos G, Hill M, Howard G, Howard VJ, Jacobs B, Levine SR, Mosca L, Sacco RL, Sherman DG, Wolf PA, del Zoppo GJ. Primary prevention of ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from the stroke council of the American Heart Association. *Stroke* 2001; 32: 280-299.
4. Brown RD, Whisnant JP, Sicks JD, O'Fallon WM, Wiebers DO. Stroke incidence, prevalence, and survival: secular trends in Rochester, Minnesota. *Stroke* 1996; 27:373-380.
5. Wolf PA, D'Agostino RB, O'Neal MA, Sytkowski P, Kase CS, Belanger AJ. et al. Secular trends in stroke incidence and mortality. The Framingham Study. *Stroke* 1992; 23. 1551-1555.
6. Sacco RL, Boden-Albala B, Gan R, Chen X, Kargman DE, Paik, Shea S, Hauser WA. y the Northern Manhattan Stroke Study Collaborators. Stroke incidence among the white, black and hispanic residents of an urban community: the northern Manhattan Stroke Study. *American Journal of Epidemiology* 1998;147:259-268.
7. Giles WH, Kittner SJ, Hebel JR, Losonczy KG, Sherwin RW. Determinants of black-white differences in the risk of cerebral infarction: the National health and nutrition examination Survey Epidemiologic follow-up Study. *Archives Internal Medicine* 1995;155:1319-1324.
8. Gillum RF. Stroke mortality in blacks. Disturbing trends. *Stroke* 1999; 30:1711-1715.
9. Jood K, Ladenvall C, Rosengren A, Blomstrand C, Jern C. Family history in ischemic stroke before 70 years of age: the Sahlgrenska. *Stroke* 2005; 2005,36: 1383-1387.
10. O'Donnell HC, Rosand J, Knudsen KA, Furie KL, Segal AZ, Chiu RI, Ikeda D, Greenberg SM. Apolipoprotein E genotype and the risk of recurrent lobar intracerebral hemorrhage. *The New England Journal of Medicine* 2000; 342(4): 240-245.
11. Kiely DK, Wolf PA, Cupples LA, Beiser AS, Myers RH. Familial aggregation of stroke. The Framingham Study. *Stroke* 1993; 24: 1366-1371.
12. Ezzati M, López AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003;362:847-852.
13. Saltó E, Jané M, Pardell H, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L. Enfermedades respiratorias y tabaquismo. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Catalunya para el año 2000. *Medicina*

- Clínica (Barcelona) 2003;121(Supl 1): 30-37.*
14. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, Bonita R, Belanger AJ. Cigarette smoking as a risk factor for stroke. The Framingham Study. *JAMA 1988; 259(7):1025-1029.*
 15. Shinton R, Beevers G. Meta-Analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *British Medical Journal 1989;298: 789-794.*
 16. Kurth T, Kase CS, Berger K, Gaziano JM, Cook NR, Buring JE. Smoking and risk of hemorrhagic stroke in women. *Stroke 2003;34:2792-2795.*
 17. Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE, Rosner B, Hunter DJ, Hennekens CH, Speizer FE. Smoking cessation in relation to total mortality rates in women. A prospective cohort study. *Annals of Internal Medicine 1993; 119(10):992-1000.*
 18. Robbins AS, Mason JE, Lee IM, Satterfield S, Hennekens CH. Cigarette smoking and stroke in a cohort of U.S. male physicians. *Annals Internal Medicine 1994;120: 458-462.*
 19. Kurth T, Kase CS, Berger K, Schaeffner ES, Buring JE, Gaziano J.M. Smoking and the risk of hemorrhagic stroke in men. *Stroke 2003; 34:1151-1155.*
 20. Yamagishi K, Iso H, Kitamura A, Sankai T, Tanigawa T, Naito I, et al. Smoking raises the risk of total and ischemic strokes in hypertensive men. *Hypertensive Research 2003; 26:209-217.*
 21. Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tobacco Control 1999; 8(2): 156-160.*
 22. Bak S, Sindrup SH, Alslev T, Kristensen O, Christensen K, Gaist D. Cessation of smoking after first-ever stroke: a follow-up study. *Stroke 2002; 33: 2263-2269.*
 23. Bleyer AJ, Shemanski LR, Burke GL, Hansen KJ, Appel RG. Tobacco, hypertension, and vascular disease: risk factors for renal functional decline in an older population. *Kidney International 2000;57(5): 2072-2079.*
 24. Sacco RL, Elkind M, Boden-Albala B, Lin LF, Kargman DE, Hauser WA, Shea S, Paik MC. The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke. *JAMA 1999; 281(1):53-60.*
 25. Teunissen LL, Rinkel GJ, Algra A, van Gijn J. Risk factors for subarachnoid hemorrhage: a systematic review. *Stroke 1996; 27: 544-549.*
 26. Mukamal KJ, Ascherio A, Mittleman MA, Conigrave KM, Camargo CA. Jr, Kawachi I, Stampfer MJ, Willett WC, Rimm EB. Alcohol and risk for ischemic stroke in men: the role of drinking patterns and usual beverage. *Annals Internal of Medicine 2005; 142(1):11-19.*
 27. Alvarez-Sabin J, Codina-Puiggros . Enfermedades vasculares del sistema nervioso. Parte General. En: *Tratado de Neurología, 1994 (pp.231-238).* Madrid: ELA.
 28. Kelly MA, Gorelick PB, Mirza D. The role of drugs in the etiology of stroke. *Clinical*

- Neuropharmacology* 1992; 15(4):249-275.
29. Sumalla J, Alvarez-Sabin J, Codina-Puiggros A. *Hemorragia intracerebral*. En: Tratado de Neurología, 1994 (pp.275-283). Madrid: ELA.
 30. Sacco RL, Benjamin EJ, Broderick JP, Dyken M, Easton JD, Feinberg WM, Goldstein LB, Gorelick PB, Howard G, Kittner SJ, Manolio TA, Whisnant JP, Wolf PA. Risk factors. *Stroke* 1997; 28: 1507-1517.
 31. Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke* 2003; 34: 2475-2481.
 32. Goldstein LB, Adams R, Becker K, Furberg D, Gorelick PB, Hademenos G, Hill M, Howard G, Howard VJ, Jacobs B, Levine SR, Mosca L, Sacco RL, Sherman DG, Wolf PA, del Zoppo GJ. Primary prevention of ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from the stroke council of the American Heart Association. *Stroke* 2001; 32: 280-299.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Diputación, 238, 2ª^a. 08007 Barcelona

SOLICITUD DE ADMISIÓN

(por favor, cumplimenten todos los datos con letra de imprenta, gracias)

Sr.Sra. con nº de colegiado
nació el día de de 1.9....., mayor de edad, con NIF

EXPONE

Que reuniendo los requisitos contemplados en los estatutos de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, y mediante la presentación de esta solicitud y adjuntando fotocopia compulsada del título que posee en la actualidad.

SOLICITA

Su ingreso en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA como miembro:
(especifíquese: numerario, asociado, corresponsal)

Tipos de miembros de la Sociedad:

Numerarios: Aquellos diplomados en enfermería que residan en España y que cumplan los requisitos del Artículo octavo (*).

Asociados: Aquellos Diplomados en enfermería españoles, residentes fuera de España, que cumplan los requisitos del Artículo octavo (*).

Corresponsales: Aquellos diplomados en enfermería extranjeros

(* Artículo 8º del Capítulo I del título 2º de los Estatutos de la Sociedad: Podrán ser miembros de la Asociación los Diplomados en Enfermería que estén en posesión del título oficial, tengan interés en servir los fines de la sociedad y sean admitidos por la Asamblea General a propuesta de la Junta Directiva.

DECLARA

1. Que está en pleno uso de sus derechos civiles y que no se halla incurso en los motivos de incompatibilidad establecidos en la legislación vigente.
2. Que comparte los fines de la Sociedad y que colaborará en la consecución de los mismos.
3. Que acatará y cumplirá los Estatutos de la Sociedad y los acuerdos válidamente adoptados por los órganos de gobierno y representación de ésta.
4. Que cumplirá el Código de Ética Médica.
5. Que pagará la cuota anual aprobada por la Asamblea General.
6. Que comunicará, por escrito, a la Secretaría de la Sociedad cualquier cambio que se produzca en sus datos.

DATOS PERSONALES

Nombre: Apellidos:
Dirección Particular:
C.P.: Población:
Provincia:
Teléfono: Fax: e-mail:

DATOS PROFESIONALES

Centro de Trabajo:
Cargo que ocupa:
Dirección Profesional:
C.P.: Población:
Provincia:
Teléfono: Fax: e-mail:

publicidad betaferon

publicidad betaferon