

SABIDURÍA DEL PRACTICANTE DEL SIGLO XIX SOBRE LA CURA LOCAL EXTERNA DE LAS ÚLCERAS CRÓNICAS. REVISIÓN HISTÓRICA

KNOWLEDGE OF THE 19TH CENTURY PRACTICANT ON THE EXTERNAL LOCAL CARE OF CHRONIC ULCERS. HISTORICAL REVIEW

Autores:  José María Rumbo-Prieto (*)⁽¹⁾;  Salmé Romero-Pérez ⁽²⁾;  Sara Vázquez-Rumbo ⁽³⁾

(1) PhD, MSc, RN. Área Sanitaria de Ferrol. Profesor asociado Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña.

(2) Licenciada en Geografía e Historia. Servicio de Biblioteca y Documentación del Área Sanitaria de Ferrol.

(3) Enfermera. Máster en Urgencias. Área Sanitaria de Ferrol

Contacto (*): jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 02/12/2022

Fecha de aceptación: 23/12/2022

Nota: Este trabajo de investigación forma parte del discurso de ingreso de JM Rumbo-Prieto como académico de número en la Academia de Enfermería de Galicia.

Rumbo-Prieto JM, Romero-Pérez S, Vázquez-Rumbo S. Sabiduría del practicante del siglo XIX sobre la cura local externa de las úlceras crónicas. Revisión histórica. *Enferm Dermatol.* 2022; 16(47): e01-e09. DOI: 10.5281/zenodo.7490205

RESUMEN:

Objetivo: Saber que conocimientos y habilidades poseían los primeros practicantes (ayudantes de cirugía) sobre la cura local externa de las úlceras y heridas crónicas.

Métodos: Estudio de revisión histórica. Selección y lectura de documentos académicos entre los años 1861-1888, basados en los estudios incluidos en la primera reglamentación oficial del título de Practicante. Exposición narrativa de textos y contenidos referentes a la materia de investigación (úlceras y heridas crónicas).

Resultados: Tras lectura documental de 10 libros académicos representativos de la enseñanza del aspirante al título de Practicante, se pudo interpretar cuáles eran las nociones generales sobre la curación de úlceras y heridas, muchas de ellas tratadas en secciones o capítulos denominados comúnmente "de las curas" y "operaciones en cirugía menor". La enseñanza incluía explícitamente los cuidados, técnicas y tratamientos encaminados a combatir las causas externas que las producen o moderar sus efectos, eliminar sus estragos cuando se han manifestado y favorecer la caída de las escaras y la cicatrización. Por ello, los practicantes eran hábiles en saber desbridar con elementos quirúrgicos el lecho de la herida, desinfectar con soluciones antisépticas tópicas la úlcera y piel circundante, colocar o quitar las partes de un apósito y su vendaje y controlar la evolución de la epitelización y la cicatrización.

Conclusiones: Comparando los conocimientos y la práctica habitual de cómo se realizaban las curas de las úlceras en el siglo XIX, en concordancia con la evidencia científica actual, se observa que no existía un método estándar de cura o protocolo de referencia. Tampoco había un consenso sobre la conveniencia, ante un mismo tipo de úlcera, sobre qué terapias o medicamentos se consideraban de primera

elección para aplicar en las distintas fases de resolución de la úlcera. Por otro lado, la práctica clínica habitual era hacer curas manteniendo el lecho de la úlcera en una atmósfera oclusiva y seca con un apósito de algodón o semi-húmeda a través de fomentos antisépticos (método de Lister). Esto hizo inviable el aprendizaje de la denominada "cura húmeda, tardía y oclusiva" o "cura húmeda", que hoy en día es la base terapéutica para la cicatrización de las úlceras.

Palabras clave: Úlcera cutánea. Herida crónica. Practicante, Revisión bibliográfica. Cirugía Menor, Curas.

ABSTRACT:

Objective: To know what knowledge and skills the first practitioners (surgery assistants) possessed about the external local healing of ulcers and chronic wounds.

Methods: Historical review study. Selection and reading of academic documents between the years 1861-1888, based on the studies included in the first official regulation of the title of Practicant. Narrative exposition of texts and contents related to the research subject (ulcers and chronic wounds).

Results: After documentary reading of 10 academic books, representative of the teaching of the aspirant to the title of Practicant, it was possible to interpret what were the general notions about ulcer and wound healing, many of them treated in sections or chapters commonly called "of the cures" and "operations in minor surgery". The teaching explicitly included care, techniques and treatments aimed at: combating the external causes that produce them, or moderating their effects; eliminating their ravages when they have manifested themselves; and favoring the fall of bedsores and healing. Thus, Practicant were skilled in knowing how to debride with surgical elements the wound bed, disinfect with topical antiseptic solutions the ulcer and surrounding skin, place or

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

remove the parts of a dressing and its bandage, and control the evolution of epithelialization and healing.

Conclusions: Comparing the knowledge and the usual practice of how ulcer cures were performed in the 19th century, in accordance with current scientific evidence, it is observed that there was no standard method of cure or reference protocol, nor was there a consensus on the convenience, in the face of the same type of ulcer, on which therapies or drugs were considered the first the different stages of ulcer resolution. On the other hand, the usual clinical practice was to make cures by keeping the ulcer bed in an occlusive and dry atmosphere with a cotton dressing or semi-wet through antiseptic fomentations (Lister's method). This made it unfeasible to learn the so-called "wet, late and occlusive cure" or "wet cure", which is today the therapeutic basis for ulcer healing.

Keywords: Cutaneous Ulcer. Chronic Wound. Practicant. Literature Review. Minor Surgery. Cures.

INTRODUCCIÓN:

Las úlceras y las heridas son algunos de los problemas del deterioro de la integridad de la piel que más afecta a las personas desde la antigüedad. En el Papiro de Ebers (1.500 años a.C.), se revela como los egipcios empleaban distintas sustancias como miel, el pelo o la piel de sapo para cubrirlas y lograr su cicatrización. Igualmente, los sumerios también dejaron constancia del uso de terracota como tratamiento básico de las úlceras crónicas; e incluso existen escritos de origen hindú del año 700 a.C. que hacen referencia al empleo de injertos cutáneos por los chamanes para la curación de heridas.

En la cultura occidental, el conocimiento tradicional para la cicatrización de las úlceras y heridas se basaba, entre otras medidas, en dejarlas expuestas al aire libre hasta que en el siglo XIX se propagó la idea de que las heridas debían taparse y mantenerse secas para evitar la contaminación microbiana. Esta teoría de "cura oclusiva y seca" favoreció la elaboración y producción de apósitos de gasa y algodón como elemento barrera cuyo objetivo era proteger la lesión frente a nuevas agresiones mientras tenía lugar el proceso natural de cicatrización⁽¹⁾.

Con el paso del tiempo, los tratamientos para las úlceras y heridas fueron evolucionando impulsados desde la innovación y los avances conseguidos con la incorporación del método de "cura en ambiente húmedo". Este avance científico ha ido creciendo de forma imparable hasta llegar a disponer actualmente de un catálogo clínico de más de 1000 productos destinados tanto a la prevención como al tratamiento de las úlceras y heridas⁽²⁾. Con estas novedades se amplía la capacidad de abrir nuevas líneas de investigación, que ya no se centran sólo en la evolución, el éxito o la rapidez de cicatrización, sino también en el estudio de otras variables como satisfacción, dolor, presencia de biofilm, cuidados de la piel perilesional, entre otras⁽³⁾.

Volviendo al siglo XIX, la clase médica española, bien reputada en foros internacionales y no ajena a los avances médicos de la época, acomete a mediados del siglo XIX, una reforma educativa que vino a determinar qué profesionales tendrían encomendada la función de realizar la parte meramente mecánica subalterna de la cirugía y las curas menores.

La publicación de la Ley de Instrucción Pública (conocida como Ley Moyano)⁽⁴⁾, de 9 de septiembre de 1857 (Imagen 1), suprime la enseñanza de la Cirugía Menor o Ministrante y en su lugar se crea el título de Practicante (sinónimo de "ayudante de cirujano"). Asimismo, el 26 de junio de 1860 se emite la Real Orden de la Reina Isabel II de disposición sobre los estudios teórico-prácticos que tenían que exigirse a la clase de practicantes⁽⁵⁾. De este modo quedaba encomendada a los practicantes la labor de realizar operaciones menores y la curación de las úlceras y de las heridas externas de partes blandas.

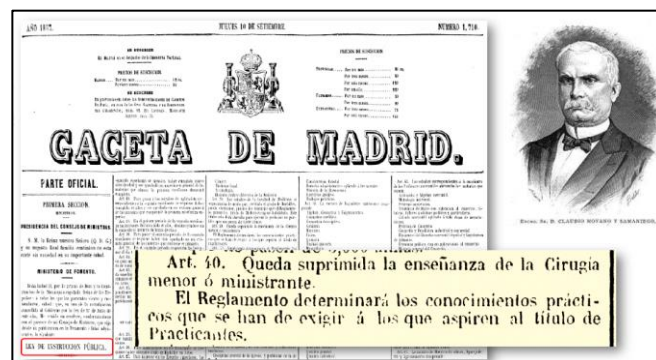


Imagen 1: Publicación de la "Ley Moyano" de 1857.

La Real Orden del 21 de noviembre de 1861, promulga el Reglamento para la Enseñanza de Practicantes y Matronas^(6,7). Se estableció que los estudios conducentes al título oficial de practicante se realizarían únicamente en las ciudades de Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid; pudiendo crearse las Escuelas de Practicantes en cualquier hospital público de esa ciudad cuando contase con un mínimo de 60 camas o donde el rector de la universidad lo autorizase.

Los nombramientos de profesores para impartir las enseñanzas oficiales al título de practicante se designaban entre los facultativos titulares o de primera clase del hospital autorizado, preferentemente de servicios médico-quirúrgicos. Finalmente, para oficializar el cargo obtenían la "venia docente" del rector.

Los estudios tenían una duración de 4 semestres (equivalente a 2 años) dividido en cuatro cursos. Las clases semestrales comenzaban de octubre a marzo y de abril a septiembre. Las lecciones eran presenciales, obligatorias y diarias, de una hora y media de duración. Durante el primer semestre (1º curso), se adquirían los conocimientos teóricos y técnicas específicas de la profesión. En los dos semestres siguientes (2º y 3º curso), se llevaba a cabo las clases prácticas de las nociones adquiridas en el primer curso. El último semestre (4º curso), se empleaba para resumir y perfeccionar los conocimientos adquiridos.

Los alumnos aspirantes deberían ser varones, tener al inicio del curso al menos 16 años y aprobado el examen especial de acceso. Aquellos aspirantes que aprobasen los cuatro semestres podían solicitar el examen de reválida y habilitación. La prueba se realizaba en la facultad de medicina ante un tribunal de 3 catedráticos. El examen teórico-práctico duraba una hora y versaba sobre todas y cada una de las materias objeto de estudio. Necesariamente, para aspirar al título de practicante se necesitaba haber cursado y aprobado las materias teórico-prácticas descritas en la imagen 2.



Imagen 2: Estudios necesarios para el título de practicante de 1861.

El plan de estudios y contenidos teórico-prácticos conducentes a la titulación de Practicante estaba suficientemente descrito en la R.O. y en el Reglamento publicado a tal efecto, siendo común a todo el Reino de España. Sin embargo, al ser una nueva titulación que engloba a las titulaciones predecesoras (los cirujanos menores y ministrantes, y otras como los barberos y los sangradores), se dio el caso de que los temas de estudio que aparecían en los manuales, cartillas, tratados y libros ya editados, iban dirigidos a los cirujanos ministrantes por lo que resultaban ser incompletos o contenían alguna materia ajena al objeto de estudio, y en otros casos, eran desproporcionados en doctrinas que a los practicantes no se les exigía saber para obtener la nueva titulación.

Ello propició que los rectores de las universidades y los catedráticos de las facultades de medicina que debían examinar a los aspirantes recomendasen una nueva elaboración de manuales y libros de instrucción, preferentemente redactados por facultativos expertos en la materia (cirujanos), para evitar que los alumnos aspirantes se vieran abocados a tomar apuntes, memorizar lecciones teóricas o hacer malas traducciones de libros extranjeros, lo que podría inducir a errores o variabilidad en la enseñanza de alguna técnica o contenido teórico. Por tanto, se editaron y publicaron en ese periodo (1861-1888) una colección de nuevos libros de instrucción, manuales, tratados y compendios realizados a tal efecto; es decir, que incluían las materias obligatorias según lo descrito en el Reglamento para la Enseñanza de Practicantes.

Por todo ello, conocedores de que los practicantes son nuestro “predecesores” (de la enfermería profesional),

considerados “la primera promoción” de expertos (con título oficial en toda España) en el manejo de úlceras y heridas crónicas (con excepción de los Ministrantes), resulta un tema interesante en indagar cómo fue su instrucción y enseñanzas, para comprender el legado y la evolución histórica en este campo del conocimiento.

METODOLOGÍA:

Se ha llevado a cabo un estudio de revisión bibliográfica de tipo histórico sobre las enseñanzas teórico-prácticas que recibían los practicantes titulados según la primera Reglamentación (1861-1888), en referencia al tratamiento local y cuidado externo de úlceras crónicas.

La búsqueda bibliográfica fue realizada durante el primer trimestre de 2022, e incluyó en una primera fase la consulta a las siguientes fuentes documentales: Google Books, Google Scholar, TESEO y Dialnet. En una segunda fase se consultaron diferentes repositorios de las universidades españolas con facultad de medicina y/o enfermería; así como, la Biblioteca Nacional de España. Finalmente, en una tercera fase se procedió a realizar una búsqueda inversa con la bibliografía aportada con los documentos seleccionados. Los descriptores utilizados fueron: “practicante”; “siglo XIX”, “úlceras crónicas”, “heridas crónicas”; “reglamentación” “enseñanzas”. Cuando fue preciso se combinó con los operadores booleanos AND y OR.

Al tratarse de un estudio de revisión histórica solo se tuvieron en cuenta textos y monografías de carácter académico y/o biomédico, publicaciones científicas, textos legales y artículos periodísticos, publicados principalmente en España. El principal criterio de inclusión fue que el documento consultado contuviese algún tipo de información relacionado con las funciones asignadas a la titulación oficial del practicante, en referencia al abordaje integral de las úlceras y heridas crónicas, según la primera reglamentación de la profesión (años 1861-1888).

A cada uno de los textos seleccionados se les aplicó el mismo procedimiento de análisis, el cual consistió en una lectura y revisión completa del contenido, procediendo luego a una transcripción de información considerada relevante por su importancia clínica y conocimiento de los hechos (acercamiento a la realidad del tema de estudio). Los resultados finales se presentan redactados de forma narrativa.

RESULTADOS:

Gracias al trabajo de digitalización de la Biblioteca Nacional de España, la Biblioteca Digital Hispánica, el Fondo Bibliográfico y repositorio de la Universidad Complutense de Madrid, la Biblioteca Municipal del Ayuntamiento de Ferrol y a la Biblioteca de Oza de la Universidad de A Coruña; así como, el servicio de digitalización de Google Libros y las hemerotecas digitales de asociaciones e instituciones científicas; se ha podido acceder a muchos de estos documentos que forman parte de la historia de las ciencias de

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

la salud y permite realizar investigaciones como la que se describe en este artículo.

Tras la revisión, hemos seleccionado un “decálogo” de libros de estudio que son considerados los más representativos y recomendados por los profesores que impartían la enseñanza oficial del título de practicante durante esa etapa:

- 1) **Instrucción del Practicante.** Es un libro que se describe como un resumen de los conocimientos útiles para la buena asistencia inmediata de los enfermos, y un compendio de las operaciones de cirugía menor, arte del dentista y el callista. Se publicaron 5 ediciones durante la vigencia del primer reglamento. Fue escrito por D. Bonifacio Blanco Torres, Prof. Dr. en Medicina y Cirugía de la Facultad de Medicina de Madrid (Imagen 3) (8).
- 2) **Tratado de Cirugía Menor.** Este tratado incluye dos tomos (Imagen 4) (9). Es un libro escrito y publicado siguiendo las pautas del primer Reglamento por D. Cayetano Álvarez Osorio, Prof. Dr. de Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de Sevilla.
- 3) **Manual para el uso De Practicantes.** Escrito por D. José Calvo Martín, Catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid. El libro consta de siete capítulos, siguiendo las pautas del primer reglamento de estudios de la carrera de practicante (Imagen 5) (10).
- 4) **Nuevo Compendio de Cirugía Menor.** Publicado y escrito por D. Nicolás Ferrer Julve, Catedrático de Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de Valencia. El libro se describe como un resumen de los conocimientos más indispensables para los practicantes, ministrantes, sangradores y aspirantes a plazas de practicante en hospitales; según el primer reglamento (Imagen 6) (11).

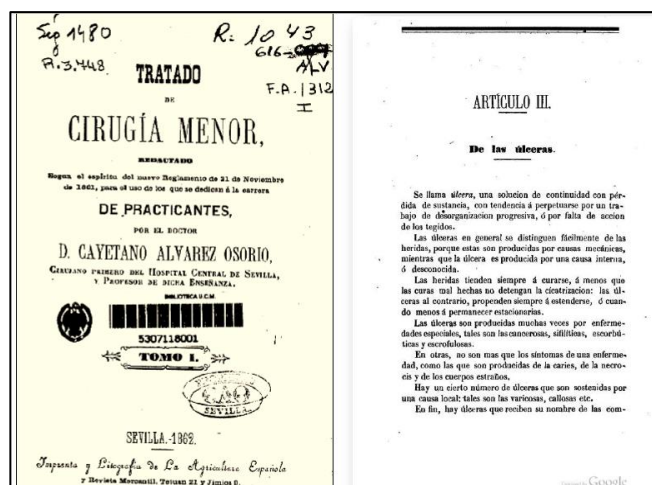


Imagen 4: Tratado de Cirugía Menor (Tomo I, 1862), de Cayetano Álvarez Osorio. A la derecha: capítulo dedicado a las “úlceras”.

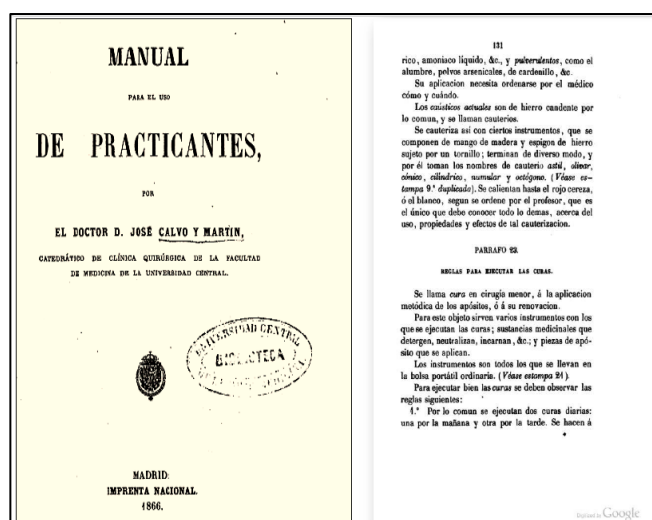


Imagen 5: Manual para el uso De Practicantes (1866), de José Calvo y Martín. A la derecha: sección sobre las reglas para hacer las “curas”.

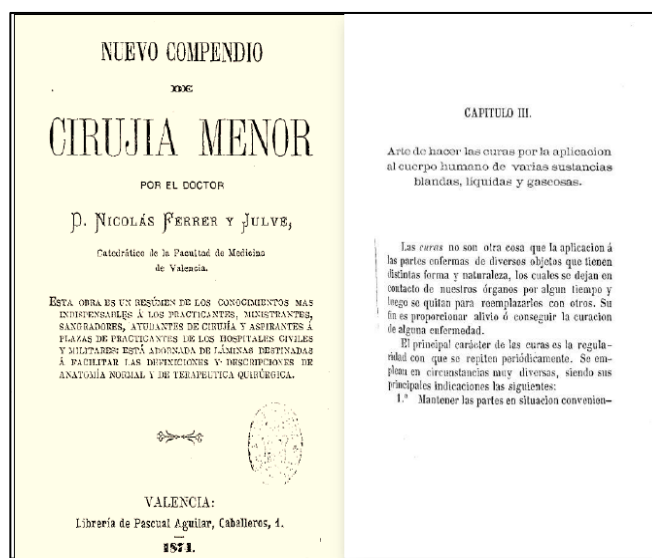


Imagen 6: Nuevo compendio de Cirugía Menor (1874), de Nicolás Ferrer y Julve. A la derecha: capítulo sobre arte de hacer las “curas”.

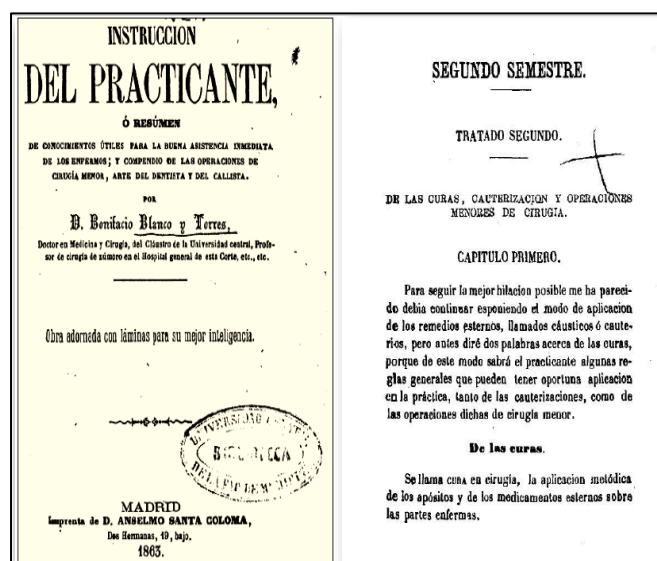


Imagen 3: Instrucción del Practicante (1ª ed., 1863), de Bonifacio Blanco Torres. A la derecha: capítulo dedicado a las “curas” y “cirugía menor”.

- 5) **Vade-Mecum del Practicante.** Es un compendio teórico práctico de los conocimientos indispensables que tenían que adquirir los aspirantes al título de practicante, tanto

para los que iban a ejercer en hospitales civiles como militares (Imagen 7). Elaborado por D. Juan Marsillach Parera, Dr. en Medicina y Cirugía del Hospital de Santa Cruz de Barcelona. De este libro se realizaron dos ediciones (12).

dirigida al practicante, basado en las operaciones de cirugía menor (antes considerada una profesión independiente y ahora convertida en una asignatura del plan de estudios). Fue uno de los primeros libros disponibles (Imagen 9) (14). Su autor era D. Rafael Ameller Romero, Catedrático de la Facultad de Medicina de Sevilla.

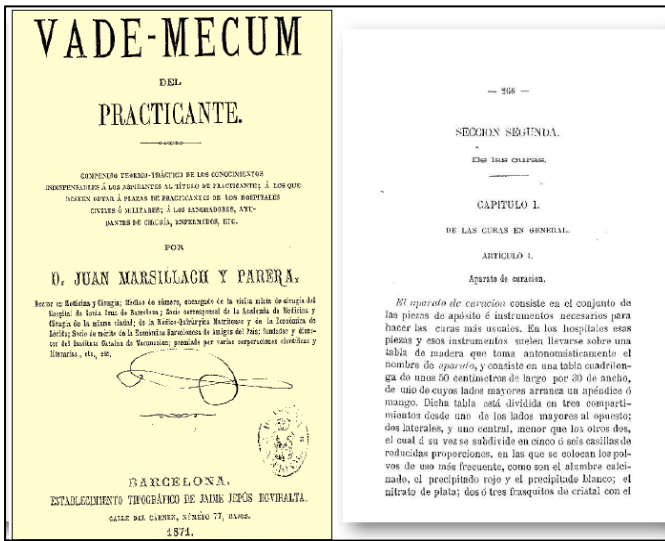


Imagen 7: Vade-Mecum del Practicante (1871), de Juan Marsillach y Parera. A la derecha: capítulo dedicado a las "curas en general".

6) **El Practicante.** Un manual que condensa los conocimientos teórico-prácticos necesarios para los que aspiran al título de Practicante (Imagen 8) (13). Fue elaborado por D. José María García Aguinaga, Catedrático de la Enseñanza Oficial de Practicantes de la Facultad de Medicina de Madrid. Destacar de este libro que es uno de los últimos en publicarse, incluye un tema dedicado a la acupuntura y, además, curiosamente no contiene el apartado dedicado al arte del dentista y del callista. En el 2º reglamento de enseñanzas, el practicante deja de realizar esa función.

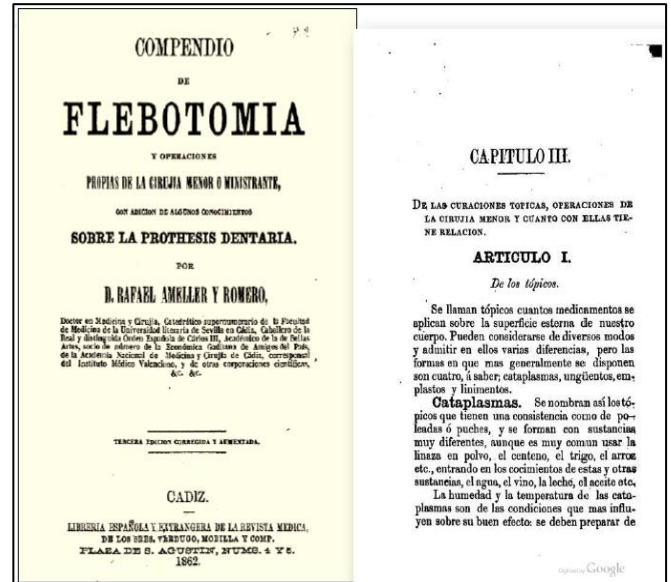


Imagen 9: Compendio de flebotomía y operaciones propias de la Cirugía Menor o Ministrante (1862), de Rafael Ameller y Romero. A la derecha: capítulo dedicado a las "curaciones tópicas".

8) **Tratado Completo de Cirujía Menor o Elementos de Cirujía.** Se identifica en su portada como un manual práctico indispensable para los médicos, los cirujanos, los ministrantes y los practicantes, por la cantidad de explicaciones y novedades que incorpora para todos estos profesionales (Imagen 10) (15). Fue redactado por el médico y cirujano, D. José Díaz Benito y Angulo, que también ejerció como médico de cámara del rey Amadeo I.

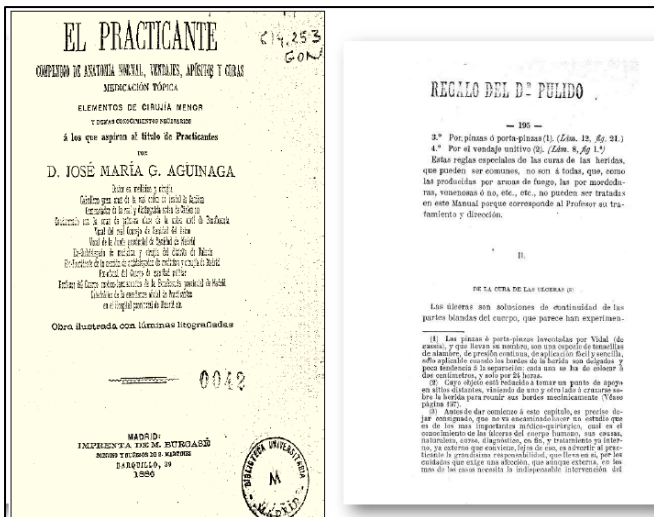


Imagen 8: El Practicante (1886), de José María García Aguinaga. A la derecha: capítulo dedicado a las "curas de las úlceras".

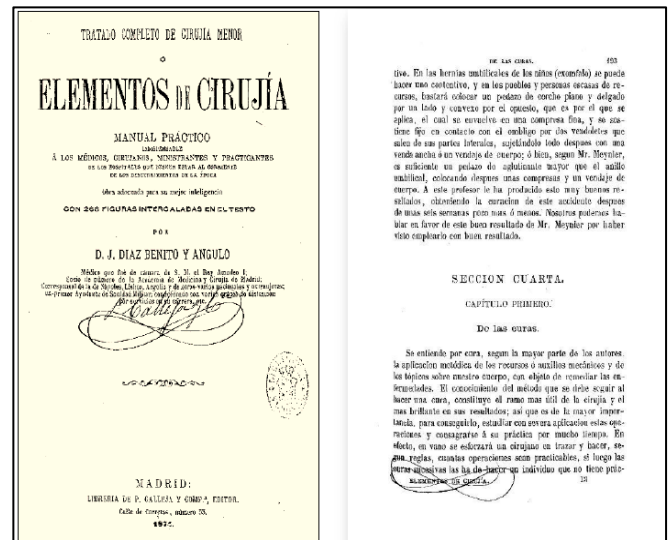


Imagen 10: Tratado Completo de Cirujía Menor o Elementos de Cirujía (1874), de José Díaz Benito y Angulo. A la derecha: capítulo dedicado a las "curas".

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

9) **Manual de Cirugía Menor.** Obra dedicada a las clases de practicantes, ministrantes, sangradores, dentistas y matronas. Escrito por el Dr. en Medicina y Cirugía D. Antonio Formica-Corsi Coronado; y por el Dr. José Martínez Sánchez, Dentista (Imagen 11). Este manual, fue uno de los últimos libros en publicarse y el único que incluye una parte dedicada a las urgencias obstétricas (curiosamente, en el 2º reglamento del practicante se estudiaría dicha materia) (16).

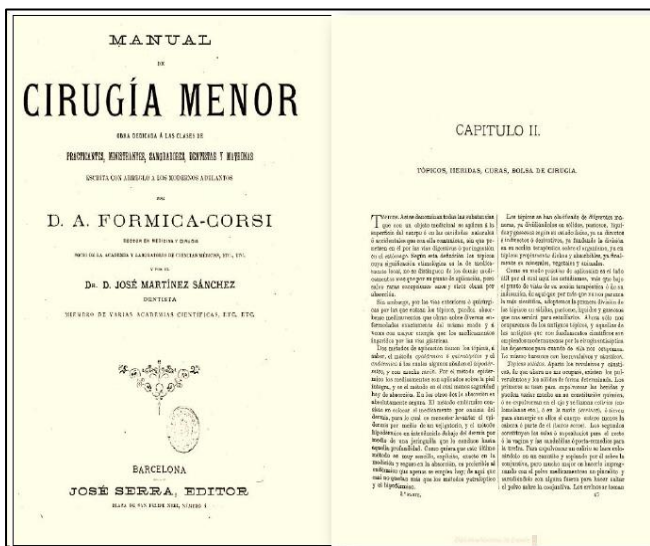


Imagen 11: Manual de Cirugía Menor (1886), de Antonio Formica-Corsi y Coronado, y José Martínez Sánchez. A la derecha: capítulo dedicado a los "tópicos, heridas y curas".

10) **Manual del Practicante de Sanidad de la Armada.** Libro escrito especialmente para el practicante de sanidad naval y de obligado uso (R.O. de 14 de mayo 1881); aunque también resultaría de utilidad para el practicante de la marina mercante, de hospitales, de casas de salud y de socorro, etc. Fue publicado por D. Emilio Ruiz Sanromán, Médico Mayor de Sanidad Militar (recibiría la Cruz de 2ª clase del Mérito Naval, con distintivo blanco). Incluye todos los temas reglamentarios y añade las funciones del practicante militar al servicio de buques (Imagen 12) (17).

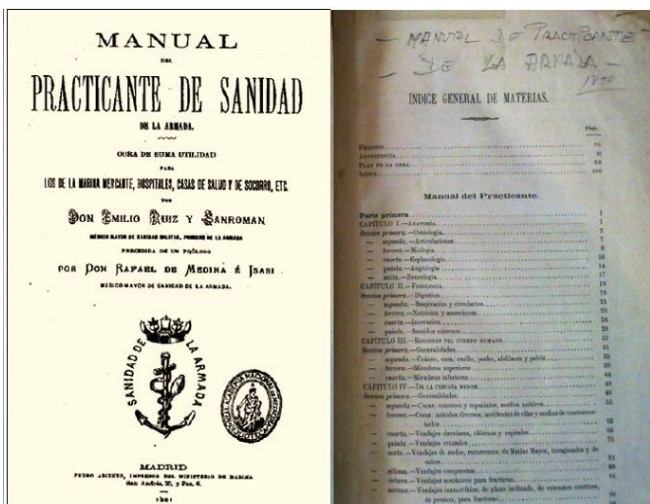


Imagen 12: Manual del Practicante de Sanidad de la Armada (1881), De Emilio Ruiz y Sanromán. A la derecha: índice de capítulos.

Tras lectura documental de estos 10 libros básicos para la enseñanza del aspirante al título de Practicante, se pudo interpretar cuáles eran las nociones generales sobre la curación de úlceras y heridas, muchas de ellas tratadas en secciones o capítulos denominados comúnmente "de las curas" y "operaciones en cirugía menor".

Hay que recordar que, según el Reglamento de la enseñanza del practicante, este profesional no solo tenía la competencia para realizar cirugía menor y la cura de la herida quirúrgica aguda; sino también el arte de la cura local de las úlceras. Por ello, la guía académica para la enseñanza incluía explícitamente los cuidados, técnicas y tratamientos encaminados a:

- Combatir las causas externas que las producen o moderar sus efectos.
- Eliminar sus estragos cuando se han manifestado.
- Favorecer la caída de las escaras y la cicatrización.

Una de las primeras cosas que aprendía el practicante era a diferenciar las heridas simples de las úlceras (heridas crónicas); "en las primeras la naturaleza, casi por sí sola, completaba su curación y en las úlceras al contrario, las acciones de la naturaleza eran nulas o insuficientes y no tendían a la cicatrización, ya que dependían de un vicio local (inflamación e infección), constitucional (afectación de órganos o sistemas) o por enfermedad interna, convirtiéndolas con el paso del tiempo en heridas crónicas" (8-17).

Recibía el nombre de "cura de la úlcera" la operación manual que tenía por objeto:

- Desbridar con elementos quirúrgicos el lecho de la herida.
- Desinfectar con soluciones antisépticas tóxicas la úlcera y piel circundante.
- Colocar o quitar las partes de un apósito y su vendaje.
- Controlar la evolución de la epitelización y la cicatrización.

Todo ello en base a un protocolo o plan terapéutico dispuesto por el propio practicante o bajo la prescripción del médico cirujano.

De modo general, sin profundizar en las técnicas, los métodos y los tratamientos que solían aprender los practicantes, la curación de úlceras estaba sujeta a ciertas reglas que debían conocer, como profesional encargado de su ejecución. Dicha práctica, la podemos resumir en el siguiente decálogo para su mayor comprensión:

Decálogo terapéutico para la cura de úlceras:

- I. **Reposo e inmovilización.** Para favorecer la cicatrización de la úlcera, el miembro o la parte afectada debería mantenerse en reposo o inmovilización temporal mientras no cicatriza.
- II. **Elevación del miembro y posición.** Por norma general, los miembros con alguna úlcera deben elevarse para

favorecer el retorno venoso, sujetado con medios adecuados (férulas, cabestrillos, etc.). Si esta posición era molesta para el paciente, se podía adoptar una postura horizontal conservadora.

- III. Terapia de compresión. En el caso de úlceras venosas en la extremidad inferior estaba indicada compresión mediante tiras de espadrapo con emplasto, reforzado con un vendaje en espiral según el “método de Baynton”⁽¹⁸⁾. El uso de la terapia compresiva requería experiencia en su aplicación por los efectos secundarios graves que pudieran producirse, generalmente maceración de la piel e isquemia.
- IV. Uso de emolientes o antiflogísticos. En el caso de úlceras dolorosas e inflamadas, se aplicaban directamente cataplasmas emolientes por tener un efecto calmante y cicatrizante.
- V. Uso de tónicos o excitantes. Cuando una úlcera tenía un aspecto atónico o atrófico se empleaban fomentos calientes de vino aromático, su efecto limpiador favorecía la cicatrización.
- VI. Uso de los cáusticos. En algunas ocasiones, la cicatrización de los bordes de la úlcera producía un efecto denominado “inversión hacia a fuera de los bordes” (hipergranulación); para corregir y mitigar este crecimiento indeseable se utilizaba el nitrato de plata para cauterizar los bordes, favoreciendo la cicatrización; además de ser un potente fungicida usado en úlceras exudativas y contaminadas.
- VII. Oclusión con apósito de algodón. Generalmente para cubrir la úlcera se utilizaban varias capas de algodón cardado colocado directamente en el centro de la lesión y así absorber el pus o el exudado, se añadía encima una compresa doblada y todo el conjunto se fijaba con una venda. Se cambiaba cada 5-7 días, según la clínica.
- VIII. Eliminación de las escaras. Para eliminar costras o tejido necrótico de la úlcera, se ablandaban con compresas empapadas en vino aromático, alcohol alcanforado y aceite de trementina. Los restos finales eran eliminados por desbridamiento mecánico.
- IX. Apósitos antisépticos. Si la úlcera mostraba pus fétido que hiciese sospechar de fungosidades y presencia de infección, un médico se encargaba del tratamiento de esa úlcera. Mientras tanto el practicante aplicaría curas locales antisépticas con apósitos empapados en cloruros y fénicos diluidos (método de Lister).
- X. Manejo del dolor. El dolor era un factor considerado de mal pronóstico para la cicatrización y era el síntoma del que más se quejaba el paciente. Para prevenir o disminuir ese dolor durante las curas, se utilizaban emolientes o antiflogísticos o incluso baños fríos preventivos. Así como, procurar irritar lo mínimo posible los tejidos al presionar la úlcera para drenar las colecciones de pus o al utilizar los instrumentos de desbridamiento mecánico.

DISCUSIÓN:

Es un hecho que los conocimientos teórico-prácticos que se les exigía a los futuros practicantes, aunque eran nociones generales, no se encontraban oficializados en un solo libro, más bien, estaban dispersos en diferentes manuales y

tratados en forma de corolarios o listados de técnicas y tratamientos más comunes para su empleo en determinadas circunstancias y condiciones. Ya en dichos prólogos, se advertía al lector de la conveniencia de ampliar las materias de estudio por otras vías, además de actualizarse para aumentar el conocimiento en relación con los adelantos de la época.

Muchos de estos libros, durante la etapa de vigencia del primer reglamento sufrieron varias ediciones de actualización, no por motivo de los avances clínicos, sino por los errores y sesgos que contenían, fruto de su apresurada elaboración y publicación por parte de los autores que actuaban bajo la presión de las editoriales o facultades de medicina, ansiosas por disponer cuanto antes de un libro docente que sirviese como elemento de consulta y estudio.

Por otro lado, para saber realizar una cura de forma adecuada, ya sea de una úlcera o herida, al aspirante se le exigía poseer durante el segundo semestre los conocimientos teóricos suficientes para desarrollar la habilidad práctica en el arte de los vendajes y apósitos, saber contener los exudados y prevenir las complicaciones (tema 2); así como, la capacidad de hacer las curas con la aplicación de varias sustancias medicamentosas blandas y líquidas (tema 3), y conocer el modo de aplicar los cáusticos para cauterizar (tema 4). Dichos contenidos suponían un 40% de las enseñanzas que debía aprender y superar; ya que, una parte importante de las prácticas clínicas requerían hacer curas metódicas y consecutivas de úlceras para asegurar el éxito de la cicatrización.

Asimismo, la formación clínica que recibía durante un año (dos semestres) en hospitales con una ocupación mínima de 40 pacientes / día, se consideraba como suficiente y adecuada, dado el tipo de curas locales y técnicas de cirugía menor que debía dominar para luego realizar con garantías e independencia su profesión.

Comparando los conocimientos y la práctica habitual de cómo se realizaban las curas de las úlceras en el siglo XIX, en concordancia con la evidencia científica actual, se observa que no existía un método estándar de cura o protocolo de referencia. Tampoco había un consenso sobre la conveniencia, ante un mismo tipo de úlcera, sobre qué terapias o medicamentos se consideraban de primera elección para aplicar en las distintas fases de resolución de la úlcera.

Por otro lado, la práctica clínica habitual era hacer curas manteniendo el lecho de la úlcera en una atmósfera oclusiva y seca con un apósito de algodón o semi-húmeda a través de fomentos antisépticos (método de Lister). Esto hizo inviable el aprendizaje de la denominada “cura húmeda, tardía y oclusiva” o “cura húmeda”, que hoy en día es la base terapéutica para la cicatrización de las úlceras.

Sin embargo, se constata a través de documentos bibliográficos, que la cura húmeda estaba siendo empleada

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

de forma exitosa desde 1836, en hospitales militares, para tratar heridas abiertas y heridas agudas ^(17,19), pero no utilizada propiamente en heridas crónicas. Este hecho se considera la causa de no aparecer como técnica de curación de úlceras por parte de los practicantes.

Tampoco se tuvo en cuenta la utilización de sanguijuelas como tratamiento de las úlceras estando solo indicadas para su uso en las flebotomías y sangrías. En cambio, sí hubo casos clínicos de alguna úlcera que se resistía a los métodos tradicionales y de que ciertos practicantes experimentaron con ellas a modo de “curas especiales” favoreciendo la humedad y limpieza del lecho cutáneo. Incluso utilizaban larvas (terapia larval) y otros aparatos como el de aspiración continua (un precursor de la terapia de presión negativa), técnicas consideradas no oficiales dentro de la enseñanza del practicante ⁽¹⁷⁾.

Como conclusión, a través de la exposición del “decálogo terapéutico para la cura de úlceras” (elaboración propia), podemos comprender de forma esquemática el saber de la época, a través de las acciones e intervenciones recogidas en los libros de instrucción. Pero hay que tener en cuenta que cada practicante podía establecer un plan terapéutico propio (basado en la experiencia) o dependiente del cirujano (basado en la evidencia). Se entendía que los tratamientos clínicos del practicante eran presuntuosos, es decir “una recomendación de buena práctica”, mientras que los del médico cirujano, por estudios y experiencia, estaban basados en confianza clínica, o lo que es lo mismo, “práctica clínica basada en la evidencia”.

Igualmente, toda la ciencia y arte del practicante, observada en los manuales y libros de estudio, eran fruto de la popularidad y del saber de la medicina de la época. Pero, aunque dichos libros de instrucción estaban escritos por expertos y prestigiosos médicos cirujanos, éstos no presentaban el rigor académico esperado. En la mayoría de ellos se observa la existencia escasas fuentes empíricas fiables y no suficientemente contrastadas para poder afirmar que tales enseñanzas eran una práctica clínica basada en la evidencia; por lo que eran calificadas (las competencias del practicante) por la clase médica como vulgares. El no tener una base de conocimientos y avances científicos reproducible, hizo que la práctica clínica del practicante se relacionase directamente con la experiencia propia de casos de éxito y anécdotas, aportando a la ciencia una evidencia baja o muy baja.

Por suerte, las enseñanzas recogidas en el 2º reglamento corrigieron parcialmente algunas de estas deficiencias de práctica clínica y evidencias. Se mejoró el contenido de los libros de instrucción, se elevó la competencia del practicante a la de “ayudante en la cirugía mayor”; así como, su capacidad de conocimiento y habilidad clínica en el arte de las curas.

Finalmente, a modo de moraleja y de recordatorio para no caer en la vulgaridad clínica, como enfermeros deberíamos

periódicamente validar y cuestionar nuestros procedimientos, método de curas y el tipo de cuidados que damos a los pacientes. Sería como decir:

“Dime que conocimientos aplicas en tus cuidados y cómo los empleas, y te diré que clase de cuidados das”. ⁽²⁰⁾

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores indican que no tienen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Efectividad de los Apósitos Especiales en el Tratamiento de las Úlceras por Presión y Vasculares. Madrid: AETS, Instituto de Salud Carlos III; 2001. p. 11.
2. Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Rivera J. Cuidados de Enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar; 2004.
3. Gago Fornells M, García González FR. Cuidados de la Piel Perilesional. Madrid: Fundación 3M y Drug Pharma SL.; 2006. p. 9-10.
4. Ley de Instrucción Pública, de 9 de septiembre de 1857. Gaceta de Madrid nº 1.710, de 10 de septiembre de 1857.
5. Real Orden de 26 de junio de 1860, disponiendo los estudios prácticos que han de exigirse a la clase de Practicantes. Revista El Monitor de la Salud 1861; nº XII: 133.
6. Reglamento para la Enseñanza de Practicantes y Matronas, Real Orden del 21 de noviembre de 1861. Gaceta de Madrid nº 332, de 28 de noviembre de 1861.
7. Reglamento para la carrera de practicantes y matronas, Real Decreto de 16 de noviembre de 1888. Gaceta de Madrid nº 323, de 18 de noviembre de 1888.
8. Blanco Torres B. Instrucción del Practicante, o Resumen de conocimientos útiles para la buena asistencia inmediata de enfermos; y compendio de las operaciones de cirugía menor, arte del dentista y del callista. Madrid: Imprenta de D. Anselmo Santa Coloma; 1863.
9. Álvarez Osorio C. Tratado de Cirugía Menor, redactado según el espíritu del nuevo reglamento de 21 de noviembre de 1861, para el uso de los que se dedican a la carrera de Practicantes (Tomos I y II). Sevilla: Imprenta y Litografía de La Agricultura Española y Revista Mercantil; 1862-1863.

10. Calvo Martín J. Manual para el Uso de Practicantes. Madrid: Imprenta Nacional; 1866.
11. Ferrer Julve N. Nuevo Compendio de Cirujía Menor. Valencia: Librería de Pascual Agilar; 1874.
12. Marsillach Parera J. Vade-Mecum del Practicante. Compendio teórico-práctico de los conocimientos indispensables a los aspirantes al título de practicante; a los que deseen optar a plazas de practicantes de los hospitales civiles o militares; a los sangradores, ayudantes de cirugía, enfermeros, etc. Barcelona: Establecimiento Tipográfico de Jaime Jepús Roviralta; 1871.
13. García Aguinaga JM^a. El Practicante. Compendio de anatomía normal, vendajes, apósitos y curas; medicación tópica, elementos de cirugía menor y demás conocimientos necesarios a los que aspiran al título de Practicantes. Madrid: Imprenta de Marcelino Burgase; 1886.
14. Ameller Romero R. Compendio de flebotomía y operaciones propias de la cirugía menor o Ministrante. [3^a Ed]. Cádiz: Imprenta de la Librería Española y Extranjera de la revista Médica de Verdugo, Morilla y Comp.; 1862.
15. Díaz Benito y Angulo J. Tratado Completo de Cirujía Menor o Elementos de Cirujía. Manual Práctico Indispensable á los Médicos, Cirujanos, Ministrantes y Practicantes. Madrid: Librería de P. Calleja y Comp^a; 1874.
16. Formica-Corsi Coronado DA, Martínez Sánchez J. Manual de Cirugía Menor. Obra dedicada a las clases de practicantes, ministrantes, sangradores, dentistas y matronas. Barcelona: Imprenta de José Serra; 1886.
17. Ruíz Sanromán E. Manual del Practicante de Sanidad de la Armada. Madrid: Ministerio de Marina; 1881.
18. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Delgado Fernández R. Antecedentes de la terapia compresiva: el "método Baynton" para el tratamiento de úlceras de la pierna. Gerokomos. 2017, 28 (1): 49-53.
19. Hernández Poggio R. Tratamiento de las Heridas por armas de fuego según la práctica de los médicos militares españoles, seguido de ligeras nociones de higiene militar de campaña. Madrid: Imprenta de A. Gómez Fuentenebro; 1872.
20. Díaz Sánchez V, Álvaro Noguera M, Campo Cecilia E, Saavedra Sánchez F, Cabrera Artacho MD. El Paradigma de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) en la Enfermería Clínica Hospitalaria. NURE Investig. 2007;(28):1-18.