

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibida: 11/1/2024
Aceptada: 11/2/2024
Publicada: 19/2/2024
e202402009

el-e11

*Compassionate culture
in addressing polio
in healthcare settings.
The spanish case (1940-1970)*

La cultura compasiva en el abordaje de la poliomielitis en entornos sanitarios. El caso español (1940-1970)

AUTORA

Rosa Ballester (1)

FILIACIÓN

(1) Catedrática emérita de Historia de la Ciencia; Universidad Miguel Hernández. Elche. España.

La autora declara que no existe ningún conflicto de intereses

CORRESPONDENCIA

Rosa Ballester

Departamento de Salud Pública,
Historia de la Ciencia y Ginecología,
Facultad de Medicina,
Edificio FJ Balmis,
Universidad Miguel Hernández,
CP 03550. Sant Joan d'Alacant,
España

rosa.ballester@umh.es

CITA SUGERIDA

Ballester R. La cultura compasiva en el abordaje de la poliomielitis en entornos sanitarios. El caso español (1940-1970). [Compassionate culture in addressing polio in healthcare settings. The spanish case (1940-1970)] 2024; 98: 19 de febrero e202402009.

RESUMEN

La presencia de brotes epidémicos de poliomielitis en las décadas iniciales y centrales del siglo pasado constituyó un importante problema de Salud Pública, debido a la ausencia de tratamientos eficaces, por afectar de forma preferente a edades infantiles, en entornos con niveles aceptables de salubridad y por las terribles secuelas paralíticas. En este trabajo se intentan reconstruir algunas de las respuestas que se dieron en el estado español, tanto en los ámbitos profesionales sanitarios como desde planteamientos heterodoxos alternativos como el método Kenny, tomando como eje de referencia la cultura compasiva que estuvo detrás del desarrollo de las medidas adoptadas, así como su análisis crítico, en el periodo anterior a la puesta en marcha de las vacunas antipoliomielíticas.

PALABRAS CLAVE // Poliomielitis; Compasión; Pulmones de acero; Método Kenny; España; Siglo XX.

ABSTRACT

The presence of epidemic outbreaks of poliomyelitis in the initial and central decades of the last century constituted an important Public Health problem due to the absence of effective treatments because it preferentially affected children, in environments with acceptable levels of health, and the fear of the paralytic sequelae. This work attempted to reconstruct some of the responses that were given in the Spanish state, both in professional health settings and from alternative heterodox approaches such as the Kenny method, taking as a reference axis the compassionate culture that was behind the development of the measures adopted and their critical analysis, in the period before the implementation of anti-polio vaccines.

KEYWORDS // Poliomyelitis; Compassion; Iron lungs; Kenny method; 20th century; Spain.

INTRODUCCIÓN

UNO DE LOS CAMPOS DE TRABAJO MÁS transitados de la Historia de la Medicina de los últimos años ha sido el estudio de las emociones en el campo sanitario en un sentido amplio, especialmente ligado al desarrollo del humanitarismo médico y la filantropía (1,2). Y si hay un tema sobre el que se han focalizado los estudios es el de la compasión en entornos profesionales. Más allá de los enfoques históricos, y junto a ellos, los organismos sanitarios internacionales, en gran medida condicionados por la irrupción de la pandemia de la COVID-19, están prestando una especial atención al tema, subrayando la importancia de la compasión en la calidad en la provisión de los servicios sanitarios esenciales, así como la necesidad de construir *culturas de la compasión* (3).

El objetivo de este trabajo se inscribe en el contexto del monográfico que la Revista Española de Salud Pública ha tenido el acierto de incluir en torno a la conmemoración del 60º aniversario de las primeras campañas de vacunación de la polio en España, cuyos rasgos más significativos se encuentran muy bien expuestos en el editorial de José Tuells y Pilar Aparicio (4).

Planteado como un estudio de caso, el de los niños con discapacidades físicas consecuencia de la poliomielitis, este trabajo pretende reconstruir algunas de las respuestas que desde el ámbito sanitario se llevaron a cabo en las etapas más álgidas de las epidemias de poliomielitis y que, entre otros factores, tuvieron como acicate una actitud compasiva, así como rastrear actitudes compasivas y no compasivas. Entre los profesionales de la salud que atendieron a pacientes con poliomielitis en el estado español en las décadas centrales del siglo XX y sus consecuencias prácticas, a través de dos ejemplos: la terapia no ortodoxa de Elizabeth Kenny y la puesta en marcha de tecnologías utilizadas para hacer frente a la enfermedad, desde las terapias físicas a los pulmones de acero.

La utilización de fuentes primarias, fundamentalmente monografías científicas, artículos de revistas médicas, publicaciones oficiales y académicas entre 1940 y 1960 en España, constituyeron el núcleo fundamental del trabajo. Su localización se llevó a cabo en diversas bibliotecas, en especial, la Biblioteca Nacional de España, la red REBIUN (Catálogo Colectivo de las Bibliotecas Universitarias Españolas) y la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto Carlos III. Se seleccionaron aquellos contenidos que contenían información sobre el tema estudiado. Fueron sometidos a un análisis crítico y a su contextualización e interpretación en el entorno científico y social, así como en la bibliografía crítica obtenida a través de bases de datos como las de la *Wellcome Library for the History and Understanding Medicine* y los recursos ofrecidos en <https://www.historiadelamedicina.org/enlaces.html>. El análisis del discurso utiliza acercamientos historiográficos propios de la historia social y de la historia de las emociones.

En cuanto a la estructura del trabajo, tras unas palabras introductorias sobre compasión y actividades sanitarias, pasamos a analizar el tema, para lo cual se han escogido los dos ejemplos específicos arriba señalados, la terapia no ortodoxa de Kenny y, en segundo lugar, la puesta en marcha de los pulmones de acero, aunque no fueron estos dos campos los únicos. Hay que señalar, por ejemplo, los estudios sobre problemas psicológicos en los niños discapacitados, los cuales exploran las alteraciones emocionales en estos pacientes y en sus cuidadores en el marco de un muy largo tiempo de hospitalización, así como la necesidad de una rehabilitación integral, que hemos tenido ocasión de estudiar en otro lugar (5).

COMPASIÓN Y ACTIVIDADES SANITARIAS

LA COMPASIÓN (DEL LATÍN *COMPASSIO*, calco semántico o traducción del vocablo griego *sympátheia*, que significa literalmente *sufrir juntos*) es un sentimiento humano que

se manifiesta a partir del sufrimiento del otro. Mas intensa que la empatía, la compasión supone la comprensión del estado emocional del otro y, sobre todo, significa emprender una acción positiva para aliviar o reducir su sufrimiento.

Desde el punto de vista histórico, la sensibilidad humanitaria, a partir del periodo moderno, se extendió desde 1750 de forma imparable en Europa Occidental y Norteamérica en ámbitos tan diversos como las condiciones de vida en los suburbios y los trabajadores industriales, la reclusión de enfermos mentales, presos y mendigos, y, muy especialmente, la preocupación por la mortalidad infantil y la educación de los niños. Esta nueva sensibilidad era el resultado de la combinación de la idea ilustrada de que la humanidad podía mejorarse a partir de reformas políticas y legales, así como de cambios en la estructura social, con una ética humanitaria de compasión hacia los *otros* (una palabra cuya significación se ampliaría en el transcurso de los doscientos años siguientes) hasta convertirse en plenamente universal más allá de cualquier división étnica, religiosa, política, sociológica o de otro tipo (6).

Llevando el concepto de compasión al entorno sanitario hay que subrayar que la actividad profesional es un tipo de actividad social cooperativa que se caracteriza por tener un fin propio. Es decir, la compasión es un valor profesional. El bien que proporcionan las actividades sanitarias es el bien del paciente, como queda reflejado, entre otros lugares, en los trabajos en diferentes formatos sobre buenas prácticas de tipo ético (7-9). Este bien del paciente se hace explícito a través de las diversas metas de estos profesionales: prevenir, curar, cuidar y ayudar a morir en paz. El compromiso fundamental, nuclear, profundo de las profesiones sanitarias no es el burocrático que le liga a una institución, sino a las personas concretas cuyo beneficio da

sentido a esta actividad e institución social que son las ciencias médicas.

En la conocida obra de Berlant (1), diez académicos recurren a la literatura, el psicoanálisis y la historia social para proporcionar un archivo de casos y genealogías de la compasión. Juntos, estos ensayos demuestran cómo *ser compasivo* está determinado por la especificidad histórica y el contexto social. Ello concuerda con nuestra inicial aproximación al tema, puesto que en el caso de las actitudes frente al sufrimiento de los pequeños pacientes con polio, en nuestras fuentes se muestran acentuadas, por ejemplo, en el caso del método Kenny, como ahora veremos, las diferencias epistemológicas, pero también las sociales y profesionales: ortodoxia frente a métodos alternativos que situaban en primer plano, o no, la actitud compasiva en la puesta en marcha de técnicas fisioterapéuticas y cirugías correctoras.

Por otro lado, los estudios que han abordado la evolución del concepto de compasión referido a la infancia con discapacidades físicas, en un campo interdisciplinar entre la historia de la infancia y la historia de las emociones, como el encuentro celebrado en 2015 y auspiciado por la Universidad de Greenwich (10), insisten en la necesidad de tener en cuenta la percepción subjetiva de los propios niños. Aunque no se ha incluido en el presente trabajo, hay toda una espléndida bibliografía sobre el particular con testimonios de afectados en aquellas décadas que reconstruyen sus experiencias, entre ellas, por ejemplo, las de haber pasado un tiempo en un respirador, o los recuerdos sobre hospitalizaciones, cirugías y ortopedias en los años objeto de nuestro estudio (11).

La perspectiva utilizada en el presente estudio completa abordajes anteriores sobre medicina y emociones, insertándose en esa línea de análisis historiográfico que cuenta ya con una importante cantidad de publicaciones (12).

La cultura compasiva en el abordaje de la poliomielitis en entornos sanitarios. El caso español (1940-1970)

ROSA BALLESTER

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
19/2/2024
e202402009



LA PARÁLISIS INFANTIL ENTRA EN EL IMAGINARIO SOCIAL Y EN EL CAMPO SANITARIO

COMO SE HA SEÑALADO EN EL EDITORIAL arriba citado (4), la polio se inició en Europa como enfermedad de comportamiento epidémico en los países nórdicos y, más tarde, en la Europa continental, siguiendo un patrón norte-sur, y en los Estados Unidos, donde hubo un importante brote en 1916. Pero fue tras la II Guerra Mundial cuando la polio se convirtió en un grave problema de Salud Pública hasta que las vacunas abrieron las puertas para su control y erradicación. Los sucesivos periodos que han sido estudiados se corresponden con las siguientes fases: Emergencia epidémica (1880-1920); Expansión global (1921-1955); Retirada global (1955-1988); Erradicación global (1988-) (13).

La expansión mundial de la poliomielitis se relaciona con las circunstancias que concurren en torno a la Segunda Guerra Mundial, como los desplazamientos masivos y las deplorables condiciones de vida. La gravedad del problema favoreció la creación de entidades supranacionales como la Asociación Europea contra la Poliomielitis, las conferencias internacionales sobre el particular y las reuniones e informes técnicos de los grupos de expertos de la recién creada Organización Mundial de la Salud (14,15).

La presencia de los brotes epidémicos tuvo un enorme impacto social y mediático en los países occidentales, por afectar muy marcadamente a edades infantiles, por la ausencia de tratamientos eficaces y por las secuelas de las formas paralíticas. Este periodo dramático caracterizado por el miedo y la sensación de amenaza ante lo desconocido concitó respuestas que se tradujeron en sensibles avances desde el campo de la ciencia, con el apoyo incondicional de la esfera social (4).

En el caso de España, a través de varios proyectos nacionales de investigación coor-

dinados en los que participaron cinco grupos de trabajo de cinco universidades españolas y la Universidad de Coímbra (Portugal), hemos tenido ocasión de estudiar este proceso en profundidad y los principales resultados pueden encontrarse en, entre otros lugares, la monografía coordinada por Porras Gallo *et al.* (16)

Un ejemplo pionero es el texto recogido en el folleto de la *Campaña de salud contra la parálisis infantil* de 1916, realizada bajo la presión del importante brote de Nueva York por parte de la Inspección General de Sanidad, que nos da una visión cercana a la realidad del momento.

“Entre los muchos tipos de mendigos que buscan caridad en la calle, la atención compasiva y asombrada de los transeúntes a menudo se dirige a esas almas infelices que se arrastran por el suelo, mostrando sus brazos desnudos y piernas deformadas, retorcidas como ramas secas, inverosímilmente diminutas y delgadas, reducida a piel atrófica estirada sobre un esqueleto rígido, petrificada en posiciones absurdas, violentamente antinaturales. Estos infortunados inválidos son miserables víctimas de la parálisis infantil [...]. El objetivo de este folleto es luchar enérgicamente contra esta difícil situación” (17).

En el periodo más álgido de la epidemia, entre las décadas de 1940 y 1950, revistas médicas y otras fuentes científicas y académicas utilizan un lenguaje dramático que incluyen frases como *“Autoridades y médicos están tratando de mejorar al máximo las consecuencias de este terrible mal... se debe evitar el desánimo durante el tratamiento. Una nuestra de la titánica lucha contra la enfermedad puede verse en el caso de la parálisis infantil [...] no se pudo hacer nada eficaz para prevenir o curar la enfermedad. Ante este fracaso, los médicos intentaron mejorar el lamentable estado de los niños víctimas y para ello aparecieron una gran cantidad de nuevos procedimientos ortopédicos y quirúrgicos” (18).*

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS Y TERAPIAS FÍSICAS FRENTE A LA ENFERMEDAD Y SUS SECUELAS

SIN DUDA, LAS EPIDEMIAS DE POLIO TUVIERON una importancia crucial en la creación de nuevas profesiones sanitarias (Fisioterapia (21), Terapia Ocupacional), como se ha estudiado este proceso en España, así como para la puesta en marcha de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, y el impulso de la de Traumatología y Ortopedia (22-24).

En la fase aguda de la enfermedad se recomendaba, durante al menos quince días, la inmovilización postural de los miembros inferiores en extensión, en lecho de escayola, para que tuviera el raquis una lordosis acentuada (25-27).

El mantenimiento de esta postura era muy poco confortable para quien debía permanecer en ella durante dos semanas. El paciente iniciaba así una serie de intervenciones quirúrgicas alejado de su entorno familiar. El quirófano y el hospital eran los espacios que sustituían a la casa y la escuela. Una vez instauradas las parálisis musculares, venían las intervenciones quirúrgicas de carácter correctivo: acortamientos; alargamientos; tendinosos y trasplante de tendones; fijación de articulaciones de un miembro; y otras técnicas.

Tras ello, aplicación de agentes físicos: cine-sioterapia; electroterapia (onda corta, ultrasonidos); termoterapia (rayos infrarrojos); masoterapia; mecanoterapia (pesas, escaleras, tracciones cervicales y lumbares, rueda); balneoterapia. Junto a ello, vendajes enyesados y artillugios ortopédicos.

El objetivo de todo este largo proceso era recuperar la capacidad de andar como indicativo de la recuperación de la enfermedad. Sin embargo, andar significaba simbólicamente que la persona dejaba de ser un *minusválido* y que volvía a ser una persona *normal*, con la

Los términos que aparecen en las fuentes al referirse a los niños afectados por la polio son muy variados: los pacientes; las víctimas; los incapacitados; los inválidos; los minusválidos; los cuerpecitos endeables; los seres tristes; los desdichados.

Ciertamente, las epidemias de polio de mediados del siglo XX fueron vistas como una guerra, sin duda influidas por la reciente conflagración mundial. Las autoridades políticas y sanitarias utilizaron la compasión como arma para animar a los ciudadanos a luchar contra el *enemigo* y ganar la batalla, alistando a sus hijos en las campañas de vacunación. Los folletos y carteles de propaganda, muy en especial de la primera campaña masiva de vacunación de 1963-1964, insistían en la iconografía y los mensajes escritos en este tema, no exentos, por otro lado, de un trasfondo de culpabilización de los padres si no se acudía a la llamada de las autoridades sanitarias. Otro aspecto que refleja el interés social por la parálisis infantil fue el hecho de que los estudios cinematográficos no dejaron pasar la ocasión de emplear el tema de la polio como argumento de películas destinadas a grandes salas de proyección, así como la elaboración de documentales. En el caso de España es muy interesante el trabajo realizado por Tuells y Echaniz sobre el tratamiento dado a la poliomielitis en el NO-DO y sus connotaciones políticas (19).

Otro foco de interés es el centrado en el importante movimiento asociativo que revela, como bien ha estudiado Rodríguez Sánchez, las diferentes secuelas sociales de la polio, así como las diferentes modalidades de asociaciones como ALPE (Asociación de lucha contra la poliomielitis) o la Fraternidad Católica de Enfermos y Minusválidos, surgida de las renovadoras ideas eclesiológicas francesas, una teología progresista anticipadora de los cambios que iban a producirse en el Concilio Vaticano II, con un importante compromiso social (20).

La cultura compasiva en el abordaje de la poliomielitis en entornos sanitarios. El caso español (1940-1970)

ROSA BALLESTER

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
19/2/2024
e202402009

◀ correspondiente frustración si eso no sucedía y, en algunas ocasiones, con la autoculpabilización de la víctima.

UNA NUEVA TÉCNICA COMPASIVA DESDE LA PERIFERIA: EL MÉTODO KENNY

COMO ACABAMOS DE VER, UNO DE LOS dogmas del tratamiento de la poliomielitis en el periodo estudiado fue el mantenimiento de reposo absoluto mediante métodos rígidos y prolongados de inmovilización, mientras persistieran signos de dolor muscular. La norma terapéutica conocida como *descanso y protección* fue adoptada como el único método eficaz para prevenir deformidades y, sin duda, como reflejan muchas fuentes, esta era una situación dolorosa y traumática para el niño y la familia. Su justificación en el entorno medico profesional iba avalada por la hipótesis de que las prácticas fisioterapéuticas de intervención temprana no podían reducir los cambios patológicos y que la inmovilización era necesaria para evitar deformidades posteriores en los miembros afectados.

En medio de las discusiones sobre el tiempo adecuado de inmovilización y las diferentes modalidades, apareció la figura de Elizabeth Kenny (1886-1952), una enfermera vocacional no cualificada académicamente, sin estudios oficiales, quien defendió un nuevo abordaje de la enfermedad y una metodología terapéutica que iba por completo en contra de los métodos ortodoxos que acabamos de comentar (28,29). Desde sus supuestos empíricos, a partir de la observación de los espasmos musculares detectados en la fase aguda, interpretó que se trataba de una enfermedad muscular y no del sistema nervioso, atribuyendo la causa de la sintomatología observada a tres fenómenos: el espasmo muscular; la falta de coordinación muscular; y lo que Kenny refería como alienación mental. El *método Kenny*, sin base científica en la que apoyarse en la medicina de la época, consistía en el tratamiento precoz de los síntomas mediante la aplica-

ción de compresas calientes, una reeducación muscular temprana y progresiva, incluida la hidroterapia y la eliminación completa de cualquier tipo de inmovilización (30). La historia final fue la aceptación, tras muchas discusiones, por parte del entorno medico profesional, de su método en muchos hospitales y entornos académicos, incluido el español. Sin duda, esta situación hay que entenderla en el marco de los escasos resultados prácticos de los métodos ortodoxos y de las ventajas y resultados del método Kenny, al lograr reducir la sensibilidad al dolor en la etapa aguda y lograr actividad de los músculos paralizados con ese tratamiento progresivo, precoz y planificado de la reeducación muscular. El Instituto Cajal de Madrid, uno de los centros más importantes de estudios experimentales del sistema nervioso, fue una de las primeras instituciones científicas europeas que analizó los supuestos teóricos de Kenny y examinó qué parte de su doctrina podía interpretarse desde un punto de vista científico riguroso. Además, algunos médicos especializados tanto en ortopedia como en rehabilitación, así como fisioterapeutas consideraron que estas nuevas técnicas abrían nuevos campos de tratamiento y esperanza para las familias de niños discapacitados. Y, definitivamente, sin duda se trataba de un método más compasivo para el paciente y su entorno, y así se expresó en repetidas ocasiones (31).

LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA. LOS PULMONES DE ACERO

LA CREACIÓN DE UNIDADES ESPECIALIZADAS en el tratamiento de enfermos críticos es una novedad contemporánea. Paciente crítico es aquel en situación clínica de disfunción o fracaso de uno o más órganos, con riesgo vital, real o potencial, que requiere asistencia sanitaria especializada y continuada en un área específica (las unidades que a lo largo de tiempo han adquirido diferentes nombres: medicina crítica, medicina intensiva) cuya herramienta fundamental de trabajo es la

aplicación sistemática de los medios de tratamiento de soporte vital. Uno de sus elementos son los sistemas de respiración artificial. El desarrollo de estas unidades especializadas de vigilancia, cuidados y tratamiento de pacientes críticos fueron propiciadas, en gran medida, por las epidemias de poliomielitis (32).

Peter Safar (1924-2003), médico de origen vienés exilado a los EE.UU. en el periodo de ocupación nazi, fue uno de los pioneros en la aplicación y difusión de los llamados primeros auxilios. En 1950, Safar creó un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados. Las epidemias de poliomielitis obligaron a concentrar a los pacientes con parálisis respiratoria en unidades llamadas de *respiración artificial*. Estas unidades nacieron de la necesidad de vigilar y ventilar constantemente a los enfermos. Los primeros servicios de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca, en Suecia y en Francia. Aunque no se circunscribieron a estas epidemias de polio, las primeras unidades centrales de tratamiento y cuidado intensivo en el sentido actual de este concepto fueron instaladas, por iniciativa de Safar, en Baltimore en 1958 y en Pittsburg en 1961.

La poliomielitis puede afectar los centros respiratorio y circulatorio en el tronco del encéfalo y comprometer la función respiratoria. Cuando se ven afectados el diafragma o los músculos intercostales se produce una insuficiencia respiratoria y puede producir, incluso, la muerte. Esta situación de auténtica angustia es la que los médicos comentaban en sus escritos y en los testimonios orales que se han recogido de los profesionales a cargo de este tipo de pacientes durante el periodo epidémico. Y ese fue el motivo principal para el uso de unos artefactos que ya se conocían desde los trabajos de Philip Drinker (1894-1972) y Louis Agassiz Shaw Jr. (1886-1940) en los años veinte del siglo pasado, pero que adquirieron una importancia decisiva en las epidemias de polio. Se trata de los denominados pulmones de acero (*iron lungs*), ven-

tiladores de presión negativa que permitían a una persona respirar cuando se había perdido el control de los músculos respiratorios. La única forma de sobrevivir era estar introducidos dentro de estos tanques de acero que dejaban únicamente su cabeza al exterior (33). El interior de la cámara se cerraba herméticamente manteniéndose en ella una circulación de aire bombeado que, de forma periódica, aumentaba o reducía la presión, con lo que se facilitaba la tarea de respirar, imitando la fisiología de la respiración humana. Como hemos comentado, las salas de los hospitales se llenaron de pulmones de acero durante el brote de poliomielitis de los años 1940 y 1950 y, si bien suponían en muchos casos la única forma de sobrevivir hasta que los síntomas mejoraran (lo cual no sucedía en todos los casos), la imagen de las personas (la mayor parte de ellas, niños) encapsuladas en estos aparatos, a veces durante varias semanas o meses, despertaban una profunda compasión (34) y fueron un acicate para sensibilizar a la población y para aportar recursos destinados a la investigación sobre la producción de vacunas por parte de los estados y de fundaciones privadas, en particular en EE.UU., donde el propio presidente Franklin D. Roosevelt (1882-1945) resultó afectado en 1921.

En España, desde 1940, parte de los sanitarios tuvieron interés en usar los respiradores Drinker, pero, según testimonios como los del neurólogo José M. Izquierdo Rubin (1918-1956), la mayor parte de los hospitales españoles carecía de estos aparatos. Para atender a las víctimas, desde el régimen franquista comenzaron a adoptarse medidas legislativas y a crearse centros y servicios sanitarios especializados, aunque la mayor parte de ellos apenas cristalizaron hasta la década de los sesenta. El Servicio Nacional contra la Poliomielitis, instalado en el Hospital del Rey (Burgos), contaba con este tipo de aparatos, además de los instalados en otros hospitales y centros asistenciales como el Hospital del Niño Jesús (Madrid) y el Sanatorio Marítimo Nacional de la Malvarrosa (Valencia). El ser-

La cultura compasiva en el abordaje de la poliomielitis en entornos sanitarios. El caso español (1940-1970)

ROSA BALLESTER

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
19/2/2024
e202402009

◀
vicio del Hospital del Rey contaba con ciento treinta camas y dos salas de respiración artificial, una con siete pulmones de acero y otra con tres respiradores de presión positiva y negativa para utilizar, a través de una traqueotomía, junto a unos respiradores tipo coraza utilizados para la rehabilitación respiratoria. El Ayuntamiento de Valencia compró un pulmón artificial en 1950 que fue anunciado en la prensa local como el *primer pulmón de acero importado en España*. Desde instancias profesionales se urgió para que se incluyeran competencias técnicas para el manejo de estos respiradores en la formación de médicos y enfermeras. Hay constancia del perfecto conocimiento de las novedades que se iban produciendo en el extranjero sobre las diversas modalidades de respiradores que se iban presentando en los sucesivos simposios de Asociación Europea contra la Poliomiélitis, como el celebrado en Madrid en 1958. Pero, ciertamente, no pudieron cubrir todas las necesidades en los brotes agudos cuando se disparó el número de casos, que, a finales de los años cincuenta, superaban los 2.000.

Con el éxito mundial de los programas de vacunación y la llegada de ventiladores modernos que controlaban la respiración a través de la intubación de la vía respiratoria, el uso del pulmón de acero declinó bruscamente.

CONCLUSIONES

LA COMPASIÓN DE LOS PROFESIONALES sanitarios frente a los niños en el contexto de los brotes epidémicos de poliomiélitis hasta la implementación de las campañas de vacunación masiva, las cuales permitieron bajar de forma muy acusada las cifras de afectados a partir de mediados de los años cincuenta, fue un elemento clave para entender la celeridad y la puesta en marcha de recursos terapéuticos destinados, sobre todo, a intentar mejorar las secuelas paralíticas. Las fuentes médicas están repletas de evidencias documentales explícitas en este sentido.

En este contexto, no todas las intervenciones realizadas estuvieron impregnadas por este tipo de emoción y empatía. En la realidad, en ocasiones encontramos la actitud de algunos médicos con un *fervor intervencionista*, que convertía al niño con parálisis en un auténtico campo de pruebas para experimentar nuevas técnicas y, por ello, no fue infrecuente toparse con pacientes que se sometieron a una veintena de intervenciones (quirúrgicas y ortopédicas) antes de llegar al final de su tratamiento.

La llegada, no exenta de controversia, de una terapia alternativa sin base científica, el método Kenny, suponía una serie de cambios cualitativos en los protocolos de actuación y fue contemplada, sobre todo inicialmente por las familias, como algo que mejoraba la vida de los niños y les alejaba de las posturas rígidas y las inmovilizaciones duraderas, y que parecía disminuir el dolor provocado por el espasmo muscular. Por su parte, las unidades específicas de enfermos críticos que se fueron incorporando en los hospitales, y la aplicación de los pulmones de acero, simbolizaban la lucha dramática para mantener con vida a los niños afectados de parálisis respiratoria y, a lo largo del tiempo, las técnicas fueron mejorando mediante la *liberación* de parte del cuerpo de aquellos tanques en los que solo salía al exterior la cabeza del niño, imágenes muy duras que sensibilizaban también a los profesionales y les empujaban a buscar nuevos caminos. Y, en algunos casos, los profesionales se lamentaban de la escasez de respiradores, lo que les obligaba a tomar decisiones trágicas como a qué niño se asignaba el dispositivo y a cuál no. Frente a ello, se intentó planificar y gestionar los recursos disponibles, crear otros nuevos y derivar a los pacientes a otros lugares, si ello era posible.

Entre los procedimientos terapéuticos para hacer frente a la poliomiélitis hubo diferentes niveles de atención compasiva, según testimonios tanto de pacientes y familiares como de médicos. El primer nivel, el más agresivo,

era el de las intervenciones quirúrgicas, aunque algunas de ellas cumplieron su función. En el segundo nivel se encontraban los dispositivos ortopédicos que también fueron mejorando paulatinamente. El tercer nivel, antes de la llegada de las vacunas, fueron las terapias físicas, algunas de las cuales permitían el contacto directo con elementos como la hidroterapia, a la que los fisioterapeutas intentaban dar un aspecto lúdico y socializador.

El peso y el significado de los términos utilizados para nombrar a estos pacientes son indicativos, también, de los sentimientos que despertaban y que hacían referencia, en general, a la condición de víctimas inocentes. Ciertamente, hay mucha evidencia de que la verdadera compasión fue transformada, por parte de muchos profesionales sanitarios, en un concepto activo, y no una pasiva condescendencia hacia los más vulnerables. 🗨️

BIBLIOGRAFÍA



1. Berlant L. *Compassion. The culture and politics of an emotion*. New York/London: Routledge; 2004.
2. Shea S, Wynyard R, Lionis Ch (eds.) *Providing Compassionate Health Care. Challenges in policy and practice*. New York/ London: Routledge; 2014.
3. Buessler H, Addiss D. *The role of compassion in maintaining quality essential health services during the COVID-19 pandemic*. Health Services Learning Hub-WHO; 2021. Disponible en: <https://hlh.who.int/learning-briefs/the-role-of-compassion-in-maintaining-ehs-during-the-covid-19-pandemic>
4. Tuells J, Aparicio Azcárraga P. *Avatars of polio in Spain: 60th anniversary of the first vaccination campaigns*. Rev Esp Salud Publica. 2023 Sep 28;97:e1-e4.
5. Báguena Cervellera MJ, Ballester Añón R, Porras Gallo MI. *El impacto psicológico y social de la poliomielitis y sus secuelas en las víctimas*. En: Porras Gallo MI et al. (coords.). *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: Los libros de la Catarata; 2013: 193-210.
6. Arrizabalaga Valbuena J. *Humanitarismo y acción médica humanitaria*. En: Barona Vilar J, *Manual de Historia de la Medicina*. Valencia, Tirant Humanidades; 2023: 323-331.
7. Gracia Guillen D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Editorial Triacastela; 2007.
8. Feyto L. *Compasión*. En: Gual A, Monés J, Morlans M, Palés J. (coords.) *Valores del médico*. Madrid: Fundación Educación Médica; 2021.
9. Carrasco Gimeno JM, Buron Pust A, Segura Benito, A. Ética y salud pública. En Hernández Aguado I (dir.), Lumbreras Lacarra B (dir.). *Manual de epidemiología y salud pública para grados en ciencias de la salud*. 3ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2018: 395-397.
10. *Re-imagining Childhood. Objects and the voice of the child Conference*. The University of Greenwich/The Society for the History of Child in the Past. 9th May 2015.

11. Wilson D. *Living with polio. The epidemic and its survivors*. Chicago: The University of Chicago Press; 2005.
12. Dixon Th. *Patients and passions. Languages of medicine and emotions, 1798-1950*. En: Alberti FB, ed. *Medicine, emotion, and disease, 1750-1950*. New York: Palgrave-Mc Millan; 2006: 22-52.
13. Smallmann-Raynor MR, Cliff AD. *Poliomyelitis. A world geography. From the emergence to eradication*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
14. Martínez Pérez J (coord.). *Dossier: La poliomiélitis y sus contextos, Experiencias colectivas e individuales ante la enfermedad en el siglo XX*. Asclepio 2009; 61(1): 7-192.
15. Ballester Añón R, Porras Gallo MI. (eds.) *Políticas y respuestas sociales frente a la polio en Europa*. Dynamis; 2012, 32 (2):273-414.
16. Porras Gallo MI, Ayarzagüena Sanz M, De las Heras Salord J, Báguena Cervellera MJ. *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España Franquista*. Madrid: Ediciones de La Catarata; 2013.
17. Fernández Sanz E. *Campaña sanitaria contra la parálisis infantil: poliomiélitis aguda*. Madrid: Imprenta de Valentín Tordesillas; 1916: 1-19.
18. Rodrigo Pérez D. *Pasado, presente y futuro de la parálisis infantil (Compendio histórico). Lección inaugural del curso 1954-55*. Valencia: Universidad de Valencia; 1954.
19. Tuells J, Echániz-Martínez B. *Spanish newsreel NO-DO (1943-1975). The diffusion of science as a legitimizing instrument of the Franco regime: polio and other immuno-preventable diseases*. Gac Sanit. 2021 May-Jun;35(3):289-292. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.003>
20. Rodríguez Sánchez JA. *Las secuelas sociales de la polio: los inicios del movimiento asociativo en España (1957-1975)*. Dynamis; 2012, 32(2):391-414.
21. Toledo Marhuenda JV. *La poliomiélitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en fisioterapia: un acercamiento a la historia de las discapacidades físicas y a su tratamiento*. Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2009.
22. Águila Maturana AM et al. *Influencia de las epidemias de poliomiélitis sobre la rehabilitación en España (1949-1969)*. Rehabilitación, 2002;36 :46-47.
23. Climent Barberá JM. *Historia de la rehabilitación médica. De la física terapéutica a la rehabilitación de inválidos*. Barcelona: Edika Med; 2001.
24. Martínez Pérez J. *Consolidando el modelo médico de discapacidad sobre la poliomiélitis y la constitución de la Traumatología y Ortopedia como especialidad en España (1930-1950)*. Asclepio; 2009, LXI: 117-142.
25. Sanchis Olmos V. *Manual de Clínica Ortopédica médica infantil*. Barcelona, Ed. Científico Médica; 1941.
26. Bastos Ansart M. *Tratamiento de la parálisis infantil por el médico general*. Madrid: Editorial Saturnino Calleja,1921:31-38.
27. Sanchis Olmos V. *Normas para el tratamiento de la parálisis infantil*. Madrid: Ediciones Morata; 1942: 11-24.
28. Rogers N. *Silence has its own Stories: Elizabeth Kenny. Polio and the Culture of Medicine*. Social History of Medicine ;2008, 21 (1): 145-161.
29. Rogers N. *Polio Wars, Sister Kenny and the Golden age of American Medicine*. New York/Oxford: Oxford UP; 2014.
30. Kenny E. *And They Shall Walk. The life story of Sister Kenny written in collaboration with Martha Ostend*. London; Robert Hale Ltd.; 1951.
31. Phol JF, Sister EK, Ober RR. *The Kenny concept of Infantile Paralysis and its Treatment*. St Paul, MN: Bruce Publishing Co.; 1943.
32. Ballester Añón R. *Las unidades de medicina intensiva como respuesta tecnológica y humanitaria a las epidemias de poliomiélitis de mediados del siglo XX*. En: Campos Marín R, Perdiguero Gil E, Bueno Vergara E.

(coord.) *Cuarenta historias para una cuarentena: Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*. 2022: 148-152.

33. Nixon JA. *Drinker's "Iron Lung" and Other Artificial Respirators*. *Bristol Med Chir J* (1883). 1938 Winter;55(210):239-244.

34. Prugh D, Tagiuri C. *Emotional aspects of the Respirator Care of Patients with Poliomyelitis*. *Psychosomatic Medicine*; 1954 16(2):104-128.

REF
SD

La cultura
compasiva
en el abordaje
de la poliomielitis
en entornos
sanitarios.
El caso español
(1940-1970)

ROSA
BALLESTER

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
19/2/2024
e202402009

11