

## A propósito del aula quirófano

El antecedente del anfiteatro quirúrgico lo fue el anatómico. Bien conocidas son las ilustraciones de Vesalio disecando ante una audiencia pública, y del teatro de Fabricio de Aquapendente, donde Morgagni habría de efectuar gran parte de su trabajo, muchos años más tarde. A pesar de los obstáculos que los médicos imponían a los cirujanos, hechos fortuitos como la exitosa operación de una fístula rectal practicada por Félix a Luis XIV, permitieron que los cirujanos ganaran, además de prestigio, el privilegio de disecar cadáveres. Fue así como surgió el anfiteatro de San Cosme, en 1694, y otros más en años ulteriores.

En ellos, se enseñaba la anatomía quirúrgica y, más adelante, la técnica operatoria; la primera en cadáveres, y la segunda ya en pacientes.

El anfiteatro quirúrgico servía más a otros fines que al de la enseñanza.

Durante mucho tiempo, antes y después del descubrimiento de la anestesia, el público se aglomeraba a presenciar las hazañas de los cirujanos, casi con el mismo ánimo con que concurría a las plazas donde se efectuaban las ejecuciones. Poco se lograba en cuanto a instrucción quirúrgica, y mucho era el peligro que se le agregaba a los pacientes. Conforme se fueron imponiendo las prácticas antisépticas y asépticas, derivadas del conocimiento bacteriológico, los anfiteatros quirúrgicos fueron desapareciendo. Se comprobó que la presencia de espectadores aumentaba el riesgo de infecciones, y que el silencio era esen-

cial en una buena técnica. De igual manera que el riesgo quirúrgico iba disminuyendo, el público asistente se fue reduciendo.

Sin embargo, era necesario mantener un espacio en que los estudiantes interesados pudieran ver la realización de las intervenciones quirúrgicas, sin que por ello representaran una amenaza para los pacientes. De estas circunstancias, nació la idea del quirófano que se ve reproducido en todos los centros quirúrgicos del Mundo. Se diseñaron diversos modelos, entre los que destacan aquéllos en que el área de los espectadores se encuentra en la cúpula de la sala, permitiendo así una visión mejor del acto operatorio. No obstante, cuando se trataba de seguir de cerca los pasos de una técnica, la distancia y la interferencia de los cirujanos en el campo, impedían una visión precisa y —o por otra parte— para los públicos estudiantiles resultaban insuficientes, y las más de las veces superfluos, en cuanto que las intervenciones que se practicaban en ellos eran complicadas y rebasaban el grado de instrucción que se buscaba.

La práctica quirúrgica con diferentes especímenes, incluyendo el cadáver, hasta hace pocos años lograba que el estudiante tuviera un número mucho mayor de prácticas, en comparación con las actuales. El problema de la sobrepoblación estudiantil causó que este número de prácticas se fuera reduciendo prácticamente a cero. También intervinieron en ello otras causas, como fueron la falta de cadáveres y los espacios limitados que eran insuficientes para efectuarlas. Posteriormente,

se recurrió al perro como animal de enseñanza; sin embargo, la dificultad para su manejo para vigilar el postoperatorio, obligaron a utilizar al conejo como animal en el cual realizar las prácticas básicas de enseñanza quirúrgica. Simultáneamente, se decidió diseñar una aula-laboratorio que consta de un quirófano con una pequeña tribuna de 40 asientos, y suficiente visibilidad para que el alumno pueda seguir los pasos de la instrucción quirúrgica.

La importancia del diseño estriba en que el maestro puede implantar su método de enseñanza en forma más activa, al realizar todos los pasos necesarios ante un grupo numeroso para mostrar desde el vestido de la ropa estéril, hasta la colocación del último punto de la sutura de piel, según las prácticas planeadas. Posteriormente, los alumnos harán lo mismo, respetando la retroalimentación de sus compañeros de aula que participan en forma activa señalando los errores que comete cada uno de ellos.

Con esto, hemos logrado no solamente que el alumno tenga los conocimientos básicos de cirugía, como son entre otros, disección de vasos, sutura de piel, aplicación de anestesia local, administración de líquidos por vía intravenosa, etc.; sino también una actitud de coparticipación activa entre maestros y alumnos. Esto no se puede lograr en un grupo numeroso, si no es con este tipo de aula-quirófano o aula-laboratorio.

Dr. Luis Márquez Zacarías