

Grupo Interamericano de
**Reflexión
Científica**



Práctica Docente Universitaria: Hacia la búsqueda de un cambio posible.

Buenos Aires, 2008

Dra. Elizabeth Cecilia Baggini.

Egresada como Odontóloga de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires en 1989.

En el año 1997 obtiene el título de especialista en Ortodoncia, otorgado por el Ministerio de Salud Pública de la Nación.

First Certificate in English 1985. (Cambridge

University)

Actualmente cursa el Profesorado Universitario de la Universidad J. F. Kennedy.

Ex docente de la Cátedra de Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

Ex Ayudante de la Cátedra de Estomatología de la Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires; donde realizó el trabajo de

investigación: "Penfigoide Benigno de las Mucosas"

Ex docente y ex coductante de Terapia Bioprogresiva y Terapia Bioprogresiva y Arco Recto en la Fundación Armando Monti de Ortodoncia.

Ex docente de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del curso de postgrado del Círculo Argentino de Odontología.

Ex ayudante de Curso de Arco Recto Fundación Cevi, Ortodoncia.

Jefe de Trabajos Prácticos del Departamento de Estomatología Básica en la Universidad Argentina J.F. Kennedy desde 2002 al 2006.

Actualmente se desempeña como profesora Adjunta de las Asignaturas Diagnóstico en Ortodoncia y Clínica en Ortodoncia en el pregrado de la Universidad Argentina J.F. Kennedy.

Realiza su práctica profesional en forma privada desde hace dieciocho años, con dedicación semi-exclusiva a la Ortodoncia.

Ha colaborado en la publicación del libro "Ortodoncia Clínica" del dr. Alberto Baggini.

Realizó publicación de capítulos correspondientes al manual de Trabajos prácticos de Ortodoncia de la Universidad J.F. Kennedy.

Realizó cursos, congresos y jornadas en el país y en el exterior.

Dicta charlas y conferencias sobre Microimplantes y Ortodoncia. (SAIOR)

* Certificó su título de Odontóloga en 1999, resolución No. 2026/99. Facultad de Odontología, UBA.

-Miembro de la Sociedad Argentina de Ortodoncia. (desde el 2001)

- Miembro de la Sociedad Argentina de Ortodoncia Lingual. (desde el 2006)

- Miembro de la World Federation of Orthodontists. (desde el 2001)

- Ex miembro de la Asociación Latinoamericana de Ortodoncia. (1998-2002)

- Ex miembro del Círculo Argentino de Odontología. (1989-2000)

-Es miembro fundador del Grupo Interamericano de Reflexión Científica

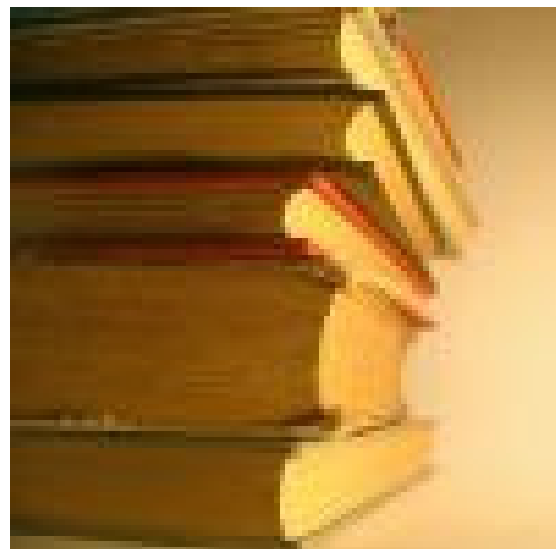
“No hay formación, cuando el aprendizaje de un oficio no supera el pragmatismo que se contenta con transmitir sólo recetas, ni cuando se sujeta a una praxología que fija las reglas de acción en función de una norma de eficacia más o menos a corto plazo.” (Gilles Ferry).

Justificación:

Pienso que ésta frase, resume mi modo de pensar la enseñanza, es algo que expreso siempre a los alumnos, sobre todo, en una carrera esencialmente práctica. Por ese mismo motivo, siempre se tiende a querer aprender “recetas” y se olvida que aquéllas no son eficaces si no se basan en el conocimiento. Nuestra práctica docente no puede quedarse en consecuencia, sólo en la receta, debemos ir más allá, a partir de la reflexión en la práctica y sobre la práctica; que nos permitirá como dije en la presentación, deshacernos de nuestras estructuras, profesionalizar nuestra tarea para arribar a mejores logros. Y parafraseando a Mafalda, lo importante sería poder llevar nuestra práctica adelante y no que ella, termine llevándonos por delante a nosotros.

Introducción:

Marco de referencia: se realizará un análisis de una clase desarrollada en el ámbito de la Universidad Argentina J. F. Kennedy, Escuela de Odontología, materia: Cirugía II, perteneciente al tercer año de la Carrera, al que asisten alumnos que cuentan con aproximadamente 21- 22 años en adelante, que ya han cursado Cirugía I y que se encuentran casi terminando el cuatrimestre. La clase es dictada, en este caso, por el profesor titular, en el turno nocturno, cuya duración está pautada a ser desarrollada desde las 19:00hs a las 20:30 hs. Luego de la misma, los alumnos se dirigen a la clínica, para realizar los trabajos prácticos. El aula presenta un pizarrón, una pantalla para proyecciones y una puerta al frente; zona donde a su vez, se ubica el profesor y bancos tándem, dispuestos en forma paralela entre sí, donde los alumnos se acomodan unos delante de los otros todos mirando al frente y al profesor. El curso cuenta con aproximadamente 40 alumnos, muchos de los cuales trabajan y por eso eligen el horario nocturno para la cursada. El observador pauta con el profesor, la grabación de la clase y se ubica en el sector posterior de la misma. El profesor ha llegado con anticipación al aula, prepara su material, que consta principalmente de una computadora personal y un cañón, por medio de los cuales, procederá a proyectar diapositivas en Power Point, preparadas a los efectos de servir de apoyatura a la clase. Llegada la hora de entrada, los alumnos se acercan al aula y comienzan a ubicarse en los asientos.



Desarrollo:

Habiendo presenciado y transcripto la clase, se puede reflexionar a cerca de la misma, como un típico ejemplo de las clases que solemos presentar con frecuencia en el nivel Universitario. Sabiéndonos, además situados, en una carrera de las denominadas “ciencias duras” donde existen conceptos que deben ser incorporados y que en general sustentan luego, la práctica profesional.

El perfil del formador en este caso, responde al docente Formador(1) que encarna en sí mismo al buen objeto, el ejemplo que los formados van a tratar de imitar. Aparece en ésta imagen ideal que representa, la posibilidad de darle la forma ideal a los formados, a través de su experiencia y la repetición de los modelos considerados ideales. Es sin lugar a dudas, un docente que tiene expertez en el área que desarrolla. Dentro del perfil de docente Formador, podríamos ubicarlo cercano al modelo Platónico(1), en el cual se intenta llevar a los estudiantes a la luz que está representada por el conocimiento. En algunos momentos, aparece un cierto perfil de tipo Alumbrador(1), cuando maneja actitudes comprensivas, aún cuando los alumnos no responden a lo que él considera o piensa que deben saber. (véase diálogo pág. 6).

Por el otro lado, en este caso, se maneja una exposición didáctica dialogada (que aparece como tendencia preponderante en el ámbito universitario), donde se intenta plantear inquietudes, formular preguntas que apunten a la reflexión y a la tracción de los saberes previos de los alumnos (2), aunque no siempre llegue a lograrse. Este profesor, demuestra una buena capacidad de expresión personal, una preparación y expertez en el tema, plantea claramente lo básico y establece instancias de recuperación de lo aprendido a través de la repetición de los conceptos expresados, con el fin de arribar a una integración del tema.

En lo que respecta al tipo de clase que se desarrolla, considero que se adecua más al tipo Seminario, con predominio de lo instrumental, basándose principalmente en el conocimiento, lo cognitivo; que es compartido, aceptado y recibido por los alumnos. Con un esquema didáctico, que si bien en esta situación no es del todo flexible, intenta, por lo menos, cierto grado de participación, de asociación y de reflexión. El supuesto básico subyacente, es racional pero más ajustado a la tipología de la Cátedra, fluctuando entre ésta tipología y la mencionada anteriormente, el Seminario. Respondiendo al modelo de Cátedra, aparece como rasgo fundamental, la dependencia frente a la figura del docente, el cual, como poseedor del saber experto, transmite el conocimiento a los estudiantes. Según el poder pedagógico y la función pedagógica, también se encuadra en el modelo de Cátedra, ya que el poder del docente está impuesto, y se

mantiene con respeto, pero con firmeza, resaltándose esto como característica, pero sin crítica alguna (véanse acotaciones cuando los alumnos se dispersan: págs. 6, 17, 22, 25). La clase se maneja en torno al cumplimiento de aquélla función pedagógica.

Presumo que el modelo de formación del docente, ha sido del tipo “centrado en las adquisiciones”, donde se hace hincapié en la aplicación de la teoría. El proceso se organiza en función de los

resultados constatables y evaluables (4) .Se toma al exámen como “amenaza” sutil para mantener la atención (ver diálogo pág.20). Se busca el desarrollo de competencias, a partir de la repetición de contenidos y conceptos. La orientación de su formación, puede representarse en base a la perspectiva Académica (5), donde el profesor maneja con expertez la especialidad, la materia que dicta, domina su disciplina, pero a la vez, en este caso en particular, tiene una actitud facilitadora, tratando de adecuar mediante la transposición didáctica el tema, al nivel que permite la comprensión de los estudiantes y acercando el mismo a la realidad cotidiana, de la práctica diaria, lo que lo hace más significativo. A partir de ello, también se permite, en alguna medida, introducir y transmitir sus ideas desde una implicancia personal, haciéndose parte del entorno que intenta que el alumno palpe y comprenda desde su propia experiencia.

Debemos recordar, que el ambiente del aula, se caracteriza por su multidimensionalidad, simultaneidad, inmediatez, impredecibilidad, publicidad e historicidad (6). Dentro del mismo, se puede analizar la tarea que se lleva a cabo en él, que en este caso, responde mayormente a la función instruccional, donde se prioriza el dominio de cierto bloque de conocimiento que se encuentra representado por el “capítulo” que presenta el docente, y que los alumnos deberán esforzarse en aprender. En esta observación, la tarea se encuentra en gran medida, enfocada a la realización de ciertas preguntas orientadoras, que van guiando al alumno, a través de la exposición y el razonamiento del profesor (6). En esta tarea, se pone énfasis en la memoria y en la apoyatura que se busca en los conocimientos previos, para relacionarlos con conceptos nuevos, pero siempre a través de la memorización. En lo que hace a las actividades, recordaremos que el modelo en el que está inserta generalmente la enseñanza universitaria, responde a un contexto físico de aula estereotipada y rígida que no ofrece la posibilidad de comunicación e interacción entre los alumnos, los cuales se ubican mirando al docente que se encuentra frente a ellos. Esto refuerza aún más, el modelo de Cátedra/ Seminario antes mencionados.

En la situación planteada, no podemos analizar un



determinado tipo de comportamiento de grupo, porque en éste caso, los alumnos aparecen como individuos aislados, cuya cohesión se encuentra dada, más por el ámbito físico, que por el trabajo grupal en sí. De todos modos, se puede ver en el docente, la tendencia en ciertos momentos Facilitadora, orientadora y motivadora (7). El grupo de alumnos, aparece en principio, como con cierta apatía, la que a medida que avanza la clase, comienza a disminuir. Atribuyo esto último, al intento que realiza el profesor de despertar el interés, apoyado principalmente en las preguntas. La participación luego tiende a decrecer hacia el final de la clase, donde el docente también se vuelve más retórico en sus preguntas, lo que dificulta o limita la participación.

En cuanto a las actitudes docentes, me parece importante también, analizar el momento de la vida del mismo (7), que creo agrega por sí solo, un cierto factor determinante en sus conductas. En esta situación, nos encontramos ante un docente mayor, con amplia experiencia docente, donde aparece muchas veces el consejo, si realizamos una lectura entre líneas, de sus apreciaciones personales y de sus reacciones. Estas últimas, aparecen como más benévolas frente a situaciones en las cuales, un docente más joven e inexperto, tal vez perdería la compostura. (léanse diálogos págs. 10 y 17).

Si nos ocupamos del liderazgo, en este caso, el mismo se encuentra ejercido también desde un poder experto, basado en el conocimiento (8) con rasgos de democrático; ya que favorece la intervención y el diálogo sin ser éstos predominantes. (8a)

El esquema de la clase, fue aparentemente respetado, tal vez con variantes muy pequeñas, lo que imposibilitó que se favoreciera una construcción conjunta. No aparecieron demandas espontáneas, tampoco se dio demasiado lugar para que las mismas afloraran. Esto concuerda con el modelo Formador en el cual se encuadró y analizó la clase y que se describió con anterioridad. Los alumnos y el profesor responden también al modelo sin que se observen conductas que impliquen “ataque- fuga” por parte de los alumnos (6). Tampoco se ha percibido sensación de malestar alguno, sino más bien de adecuación a la regla, a lo instaurado.

Por último, en lo que hace a lo instrumental, en el ámbito universitario, ha cobrado especial relevancia, el componente multimedia y el modelo “power point” para la presentación de las clases, al cual no ha podido escapar ningún docente, por lo menos dentro de la escuela a la que hago referencia (Odontología). El material didáctico, gira entonces, en torno a la presentación computada que también instaura cierta rigidez, al tener una secuencia preprogramada sobre la cual el profesor suele basarse. En algunos casos, como se vio aquí, se complementa la presentación con el pizarrón. La tecnología, se ha instalado en el aula, a veces, más allá de lo necesario y se termina en ciertos casos, poniéndose mayor énfasis a la calidad y capacidad de asombro de la presentación en sí, perdiéndose de vista el contenido de lo que se presenta y se desea transmitir.

Conclusiones:

A partir de lo analizado anteriormente, podemos concluir, que el tipo de clase observada, representa un típico ejemplo de las clases impartidas dentro del ámbito universitario. Las mismas, se caracterizan por ser principalmente de tipo Seminario y/o Cátedra y se apoyan en docentes que responden en su mayoría al tipo formador. Los mismos tienden a tomarse como ejemplo y que conocen en profundidad el tema que tratan, no así de didáctica y pedagogía. El enseñar exige seguridad, competencia profesional y mucha generosidad (9). Sabemos que el conocimiento del tema a enseñar es indispensable para poder alcanzar una enseñanza efectiva y eficaz, pero aquél, no es el único elemento necesario para que se de la misma. También el ámbito donde se desarrollan las clases condiciona en cierto modo, su funcionamiento y rigidiza aún más las condiciones de desarrollo de las mismas. Podemos deducir, que si bien existe la predominancia de un determinado tipo de perfil de profesor y de tipo de clase, esto no es algo tan fijo, ya que los perfiles suelen entremezclarse y fluctuar entre sí, muchas veces también de acuerdo a las situaciones.

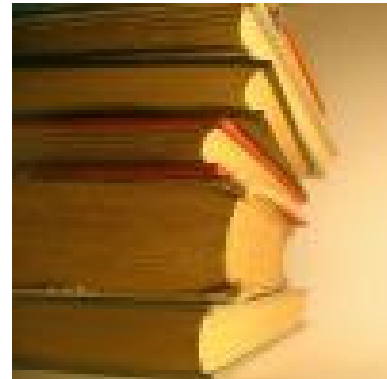
Reafirmando la consideración que he hecho en la presentación, considero que sí es posible la búsqueda del cambio en nuestras prácticas. Lo importante, es intentar tener la humildad de rever las mismas, intentando desprendernos de nuestros esquemas ya incorporados, permitiéndonos reconocernos como seres incompletos, en un mundo cada vez más complejo e inacabado. Donde las ciencias se han vuelto más relativas y donde ninguno de nosotros es poseedor de la verdad absoluta. Reconociendo que dicha incompletud, nos condiciona pero no nos determina (9). Por eso debemos mirar al futuro con esperanza, ya que este es problemático pero no inexorable. Se debe intentar desde el docente, ser un facilitador y un guía en los procesos de aprendizaje de nuestros alumnos, de manera de que generemos en ellos, la inquietud de conocer, incentivemos la curiosidad y el deseo de aprender por aprender; permitamos su propia autonomía, para que construyan el conocimiento y se apropien de él. Sólo pensándonos y evaluándonos a nosotros mismos desde “afuera”, podremos acercarnos al modelo de profesor que tenemos incorporado y a partir de allí, intentar el cambio y la profesionalización. Con la idea de ser mejores, no desde el falso modelo de alumbrador omnipotente, sino desde la humildad que nos debe otorgar el sabernos inacabados, la ética y el respeto por el otro; recordando que cada vez que



enseñamos, también y por sobre todo, aprendemos. Debemos crear las posibilidades para orientarnos a formar docentes y alumnos creadores, investigadores, inquietos, rigurosamente curiosos, humildes, persistentes y tenaces (9). El enseñar a pensar acertadamente, es algo que se hace y se vive con la fuerza del testimonio. No puedo pensar en alumnos motivados, si yo mismo no le encuentro sentido a mi práctica; pienso mi hacer y reflexiono sobre mi hacer. Enseñar no es transferir conocimiento, sino permitir la construcción del mismo, es una tarea en conjunto, que nos permite crear y crecer a todos. Es enfrentarse a los desafíos y a las propias estructuras y limitaciones, desde una postura flexible y en cierto modo, rebelde, no desde la transgresión, sino desde el compromiso que nos exige decisión, elección e intervención en la realidad. Buscaremos y reclamaremos entonces, los caminos y los espacios para el cambio y la reflexión que permitirán que nos miremos a nosotros mismos, como punto de partida para el cambio que aparece como absolutamente necesario y esperanzador. Adelante!!!, afrontémoslo con ganas y decisión.

Bibliografía:

- (1) Enriquez, E. Breve galería de contramodelos de perfiles de formadores.
- (2) Palladino. Didáctica y currículum. Capítulo 7. Metodología.
- (3) Souto, M. La clase escolar: tipologías de clases de la enseñanza media.
- (4) Ferry, G. El trayecto de la formación: los enseñantes entre la teoría y la práctica. Capítulo 3: Adquirir, probarse, aprender.
- (5) Sacristán-Gómez. Comprender y transformar la enseñanza: la función y la formación del profesor/a en la enseñanza para la comprensión.
- (6) Mazza, D. Conceptualizaciones en relación a la tarea: Perspectiva de la integración ecológica. (Doyle)
- (7) Abraham- (Roggers). El enseñante es también una persona.
- (8) Romero, R. Grupo: Objeto y teoría. Cap. II
(8)a. Clasificación Lippit-White.
- (9) Freire, P. (2002) Pedagogía de la autonomía. Argentina. Siglo XXI editores.



OBSERVACION

El profesor se sitúa frente a la clase, saluda a los alumnos, se toma asistencia y se comienza con la clase. (un ayudante apaga las luces del frente)

P-Ustedes están observando la imagen, hoy nos vamos a referir entonces a lo que hacen la parte de trauma traumatología bucomaxilofacial o sea hoy vamos a hacer un pequeño capítulo de lo que es toda la Traumatología bucomaxilofacial, ya que vamos a ir viéndolo secuencialmente a lo largo de las distintas cirugías en que nos va tocar abordar. Así que hoy vamos a ver el capítulo que corresponde a la traumatología bucomaxilofacial referida a los traumatismos vamos a decir de mas baja energía, hoy en día se están clasificando a los traumas entre aquellos que son de baja, mediana o alta energía, de acuerdo a los móviles que las producen, ¿no es cierto?; móviles de alta energía van a producir sobre las estructuras maxilofaciales determinadas digamos traumatismos acordes a la naturaleza de esa magnitud.

Entonces vemos que la traumatología bucomaxilofacial es la especialidad que se va a ocupar de la prevención, etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los traumatismos bucales, ¿qué es un traumatismo? ¿cómo definiríamos un trauma?

A1- Una lesión.

- **P-**Lesión ? lesión; una lesión¿algo más? yo diría que entonces es un resultado de eh; haberse ejercido un agente vulnerante sobre las estructuras bucomaxilofaciales, que de acuerdo a si toma los tejidos blandos, va a haber heridas y si toma en este caso tejidos duros; que sería la estructura ósea maxilofacial, estaríamos hablando de fracturas si? Hasta ahí estamos bien? Pasamos a hablar entonces que como todo elemento debemos tener en cuenta prevención, a saber prevención de determinados episodios como en este caso el traumatismo, y sería entonces la Prevención Primaria: que sería la que estaría encargada de la reducción en base a una educación del paciente en tanto y en cuanto a los elementos que lo rodean, dado la inserción de los mismos. Así por ejemplo, el que conduce un móvil, debe saber entonces que elementos tiene de prevención para este tipo de traumatismos, caso de los cascos para los automovi... para los motociclistas eh, el caso de los arneses de retención pasiva, como son los cinturones de seguridad y en el caso del operario que trabaja con elementos que son peligrosos para su eh... su estructura individual, elementos como pueden ser cascos en los obreros de la construcción, el caso de los deportistas, sobre todo en deportes de choque....eh... los protectores bucales que los

habrán visto mucho estos días por los Pumas. Eh...prevención hacia la forma de conducir esto que debería ser un elemento que debería estar incluido yo diría ya en la escuela ¿no es cierto? Dar entonces una conducta, una actitud vehicular, estamos manejando mas mal que nadie en todo el mundo. Eh? Tenemos el record de accidentes de mortalidad superando todas las estadísticas no sé si habrán visto este fin de semana largo, 36 muertos. Es espantoso, es una cosa que excede toda lógica. Entonces eso tiene que ver porque cada cual se maneja en la calle como le parece. Hace la de él.... le importa tres pepinos de los que están con él o el entorno. Entonces allí entonces comienzan el tema de los traumatismos. Yo ayer me comentaba el chofer de un taxi que había llevado de pasajero a un americano y le dijo: a ustedes los argentinos hay dos cosas que yo les sacaría : una sería la bocina y otra los carriles, para que si no los usan. Evidentemente esto habla de la conducta que nosotros tenemos individualista eh?, con respecto a estas determinadas cosas. Y que decir por ejemplo, la utilización de armas de fuego, eh? dada la violencia urbana hoy imperante en todo el ámbito urbano y que decir del alcohol, drogas eh? Y que son condicionantes y entonces de todo esto que colateralmente va a terminar en traumatismo. (los alumnos asienten en silencio, se escucha mucho ruido proveniente del exterior)

- **P**-Por el otro lado, la Prevención Secundaria es aquella que desde la especialidad desde la traumatología bucomaxilofacial se implementa a los efectos de minimizar los daños que ya se han lamentablemente producido en ese paciente y que es lo que mejor anda, la mejor de todas las prevenciones justamente la que sale de la profesión es la que mejor funciona en el sentido de que ante un traumatismo sabemos que hay tablas especiales para trasladar a los pacientes collares eh, todo lo que esta dispuesto entonces como medidas de prevención dentro de la traumatología. (se hace una breve pausa para cambiar la imagen)

Bueno entonces vamos a ver este capítulo que decíamos que es el de menos trascendencia, porque es el de mas baja energía que no va a producir tantos problemas como evidentemente podría significar una fractura como ustedes ya van a ver del tipo Lefort III o de algunos casos hasta IV.....La siguiente.(un ayudante cambia la imagen del cañón)

P-Recordamos que el traumatismo es la destrucción de un tejido producto de una noxa, el agente vulnerante, ese que decíamos que actuaba que puede ser mecánico, químico, térmico, radiante, que de alguna manera todos estos elementos van a provocar como resultante un traumatismo en la esfera bucomaxilofacial. Pasá. (vuelven a cambiar la imagen)

Y la acción lesiva, entonces es súbita, no intencionada, generalmente un factor externo que no es habitual. Podemos hablar de accidentes, eh... entonces el accidente a veces es una cosa súbita, que no es previsible. Pero en el caso de la traumatología, están dados todos los elementos como para que nuestra conducta sea dirigida hacia la prevención.

Vamos a ver entonces, que los traumatismos en la zona maxilofacial, podemos clasificarlos en: simples, allí habla limitado a los tejidos blandos, pero no realmente sólo a los tejidos blandos, también podemos hablar de traumatismo simple o una fractura simple cuando se afectan las estructuras óseas y que están entonces continuadas por un solo trazo de fractura y que además no está expuesto ni al medio bucal ni al medio exterior. (la imagen concuerda con lo que el profesor menciona en forma oral)

P-Complejas entonces, van a comprometer las estructuras esqueléticas y siempre este tipo de traumatismos va a generar un trauma psíquico como un efecto colateral al mismo.

Si las lesiones ponen en riesgo la vida, ¿por qué decimos ponen en riesgo la vida?. Aquí ya estamos hablando no solo de aquella alveolo dentaria sino que estamos hablando del traumatismo en general ¿no es cierto? Puede ser que un trauma ponga en riesgo la vida de nuestro paciente, ¿Por que?, ¿Me pregunto?, ¿Por ejemplo?

A1-El hígado

P-Sí, yo te diría que antes del hígado hay otras estructuras.

A2-El cerebro

A3-La obstrucción de las vías respiratorias

P-La obstrucción de vías aéreas y ahí vamos a dirigirnos con prioridad, la prioridad en este caso los americanos de acuerdo a la literatura anglosajona, hablan del ABC. El ABC quiere decir justamente, Air (aire), breathing (la respiración) y recién C de la parte cardiovascular. Entonces ese ABC que tenemos que tener en cuenta en principio va a estar destinado a observar que las vías aéreas estén permeables, ¿por qué? Porque pueden estar obstruidas, ¿por qué cosa pueden estar obstruidas?

A2-Una prótesis

P-Una prótesis, perfecto, puede ser. ¿Qué más?

A1-Piezas dentarias.

P-Sí, si tiene un vómito, en ese caso podría ser pero ya es mas difícil ¿no es cierto?

Pero a ver vamos a cosas más sencillas. El mismo traumatismo, la fractura provoca desplazamiento de las estructuras óseas que hace que la vía aérea se cierre. Piezas dentarias, como dijo muy bien (señala al A1) las prótesis, elementos que circundan el entorno del trauma; digamos que podría ser un choque por ejemplo y entonces los vidrios del parabrisas como muchas veces nos ha tocado de eliminar ¿no es cierto? de las vías aéreas, de la cavidad bucal por un traumatismo severo, donde por no usar el cinturón, ese paciente es impulsado contra el parabrisas, lo que se llama la colisión secundaria, tenemos que tener presente que un accidente de este tipo, donde el móvil a una velocidad determinada cuando choca ahí tenemos entonces que hay una brusca desaceleración que hace que el peso corporal nuestro se multiplique por ocho veces. Así que fíjense ustedes, un individuo que pesa 80Kg. multiplíquelo por ocho, lo que significa ese individuo que no esta protegido por nada propulsado contra un parabrisas, contra el panel de instrumentos o contra el volante. Entonces los daños van a estar representados en su mayor parte en la esfera maxilofacial y a veces incluso en la parte torácica eh?, donde puede haber fracturas de esternón, de costilla, todo eso entonces una negligencia en la utilización de los medios que están reservados para la prevención.

P- Entonces decíamos que en principio, Vías aéreas, luego teníamos...(mira a la clase pidiendo una respuesta)

A2- Respiración.

P-..... (niega con la cabeza)¿Qué otra conducta les parece que puede adoptar in individuo, ya no digamos un odontólogo, no individuo de salud. Cualquiera que esté en la calle que esté socorriendo a un paciente en este estado? Luego de desobturar la vía aérea, saben además, conocen la (espera que le respondan)

A2- La maniobra de respiración.

P- No, la maniobra de Heimlich, ¿la conocen? (empieza un murmullo entre los

alumnos pero nadie aporta una respuesta en concreto)

Un alumno empieza a expresar algún concepto pero en voz muy baja por lo que **P** pregunta: ¿Cómo?

A3- ¿La que vimos en maniobras de reanimación cardiopulmonar?

P- Por eso, la maniobra de Heimlich, que exactamente, la estudiaron acá!, parece que estoy preguntando algo inexistente (mantiene el mismo tono de voz, no pierde el control)...eh...esa es una de las maniobras. La otra, es si el paciente está inconsciente, está en decúbito digamos dorsal, se lateraliza la cabeza porque nunca el paciente debe estar con la cabeza hacia arriba. Un viejo profesor decía que cuando el paciente mira al cielo, es porque pronto se va. Y es justamente porque no puede expeler las secreciones que pueden ser como bien decían recién (señala al alumno que lo dijo), la regurgitación de un vómito. Eh? De secreciones mucosas y ¿qué otra cosa?

A1- Un coágulo.

P- Un coágulo, exacto, que puede estar obstruyendo la vía aérea. Entonces el paciente ,como decíamos: en decúbito dorsal, el operador en este caso, se va a colocar a horcajadas de él y va a efectuar algunos movimientos, tratando de impulsar el diafragma hacia arriba y adentro, de manera que pueda esa presión expeler aire y con el aire, desobturar la vía aérea.

P- Entonces luego, si hablábamos de un coágulo, quiere decir que había una hemorragia, ¿sí?. Entonces nuestra conducta debe estar dirigida a cohibir esa hemorragia por los medios que ustedes ya conocen actualmente. Pero si ocurre en la vía pública, lo más a mano que puede haber es la compresión. ¿qué otra cosa puedo hacer?

A2- Inmovilizarlo.

P- Puede ser, perfecto, la inmovilización, transitoria, de los trazos de fractura que otorgue al paciente un determinado alivio de su sintomatología dolorosa que de no hacerlo, lo pueden conducir al paciente a un estado de shock. Lo que se llama shock traumático por dolor. Y posteriormente, ese paciente, debe ser entonces derivado a un centro hospitalario, con una complejidad determinada que sea capaz de resolverle la emergencia. (cambia la imagen proyectada)

P- Como decimos ahí en la diapositiva, todo traumatismo es una situación de urgencia, aún el simple trauma alvéolo-dentario. (nuevamente cambia la diapositiva)

Con respecto a la Etiología, podemos observar en edades tempranas, cuando el niño comienza a aprender a caminar, a correr, qué fácil puede tropezar y este ser motivo de estas caídas y de traumatismos. Posteriormente en los juegos, generalmente en los patios o recreos, en los colegios. Allí estamos viendo (señala la diapositiva) que también se habla del Síndrome del niño golpeado, que esto parecería una cosa extraña, pero los que están en las guardias hospitalarias lo ven con mucha frecuencia; ese chico que molesta, entonces se lo trata de callar con golpes, que se traducen en traumatismos y muchas veces llegan a la guardia pacientes que no han terminado de curar el traumatismo anterior, que ya tienen uno nuevo. En los juegos de las plazas, el viaje en el asiento del acompañante, ¿no es cierto?. Una vez que vamos adelantándonos en los distintos estadios etarios, vemos que en la juventud ya tenemos mayor cantidad de accidentes de automovilismo o motociclismo ¿eh?, cuando el casco se lleva en el codo. Enfermedades neurológicas, como la epilepsia y la drogadicción que también puede ser entonces, un capítulo de etiología con respecto al traumatismo. Luego los ancianos, también las caídas, problemas sistémicos por osteoporosis; donde a veces

decimos: doña Rosa se fracturó la cadera porque se cayó; cuando la cosa es justamente al revés, es por un problema de osteoporosis que hace que entonces claudiquen esas estructuras, accidentes domésticos.

(Cambia la diapositiva y continúa la exposición)

P- Tenemos también factores que van a predisponer al traumatismo. Y aquí hablamos de respiración bucal, ¿qué importancia puede tener esto de la respiración bucal? ¿quién puede aproximar un poco al tema? (vuelve a dirigirse a los alumnos).

A1- Los respiradores bucales no tienen protección labial.

P- ¿por qué?

A1- Porque tienen la boca abierta.

P- ¿qué les pasa con la boca abierta?

A2- Respiran por la boca.

P- Sí, pero tienen una conformación del paladar ojival, eh?, la tendencia a la protrusión del maxilar superior con poca competencia labial, o sea, el labio no recubre las estructuras dentarias, sobre todo en aquellos chiquitos de 6-7 años, donde recién han erupcionado los incisivos centrales superiores y se habla de la edad "dientuda" en ese momento, y que justamente esas estructuras son las que se enfrentan a todo lo que tienen por delante. La deglución atípica, la succión prolongada del pulgar sobre todo, que también condiciona el paladar ojival. Las actividades deportivas sin protectores bucales y las enfermedades neurológicas a que ya hicimos referencia hace un instante. Así vemos entonces, distintas instancias, los juegos en la plaza, los juegos en los recreos, las bicicletas, que hacen que sean entonces factores predisponentes a estos traumatismos. Y qué decir en este otro caso ya, la utilización de armas de fuego, deportes así en forma incontrolada, el eh.....el uso de móviles sin la protección adecuada y abajo estamos viendo un esquiador (apoya cada ejemplo con la imagen). Se dice que hay algunos deportes que son proclives a los traumatismos. Se habla de algunas incidencias según las estaciones tanto invernales como estivales ¿no es cierto?. En el caso, como este señor (señala la imagen) que va a hacer snowboard o esquí, está propenso a algún tipo de traumatismo y en el verano.... Podría ser que practique surf por ejemplo ¿no?. Todos están de alguna manera expuestos a estos traumas, si no lo hacen de forma conveniente.

(Presentando una nueva diapositiva)

P- Con respecto a la Epidemiología, vemos que hay una mayor frecuencia en la dentición permanente eh?, 16% con respecto a la dentición temporaria que estaría en el orden del 5%. Mayor incidencia en el sexo masculino, se dice que dos veces más con respecto al femenino; aduciéndose que los varones tienen mayor demencia en la utilización de los juegos y/o de los deportes, etc.

P- La localización más frecuente: dientes anteriores, como dijimos y las zonas más vulnerables están representadas más por el ángulo goníaco, el cuello de cóndilo, la sínfisis mentoniana, la apófisis alveolar, dientes, etc.. Y el último punto, es como dijimos recién, la variación según las estaciones. (cambia nuevamente el cuadro de la diapositiva)

P- Vamos a ver que hay una clasificación, vamos a ir clasificando individualmente cada uno de estos traumatismos, pero lo estamos haciendo a los efectos de que sea comprensible, de modo didáctico, porque muchas veces, éstas cosas que estamos viendo en forma individual, se producen en conjunto ¿eh?, todo depende también,

como decíamos de la energía del agente vulnerante. Estamos viendo ahora, lesiones de los tejidos duros, de la pulpa, en el tejido dentario ¿no es cierto?. Entonces estamos viendo que se abre un amplio menú de fisuras, obviamente fisuras de esmalte, una fractura amelodentinaria no complicada, ¿qué quiere decir no complicada?

A2- Que no tomó la pulpa.

P- Que no involucra la pulpa, exactamente. Una que sí la involucra (la señala en la imagen), la fractura corono-radicular que también no complica, aquélla otra (vuelve a señalar) corono-radicular que está afectando el órgano pulpar y la fractura radicular que ya la vamos ubicando según los tercios donde se observa: tercio cervical, tercio medio o tercio apical. (cambia la diapositiva y prosigue) Aquí estamos viendo imágenes donde cabe observar el primer caso que estamos viendo, superior izquierda, donde existe una fractura del esmalte exclusivamente, en la superior del lado derecho, ya vemos que hay una fractura de esmalte y dentina pero que no complica el órgano pulpar, no así en la inferior del lado derecho, donde estamos viendo que ya aparece un cuerno pulpar ¿eh? Donde entonces ya estamos hablando de una fractura corono, coronaria, mejor dicho complicada eh?, ya que está afectando el órgano pulpar. Y lo que estuvimos viendo está reflejado en este esquema (presenta el esquema en la diapositiva) En principio, entonces la fisura del esmalte, también los libros, como por ejemplo de Andreassen, cuya lectura se recomienda, porque es un libro de cabecera, el cual seguimos; habla de infracción, nosotros solemos hablar de fisura, infracción es un término muy aplicable y nos gusta más denominar fisura del esmalte.

Luego vemos en la otra (se refiere a la diapositiva), la fractura del esmalte exclusivamente, la otra amelodentinaria, la del medio con complicación pulpar, la corono-radicular sin complicación, la otra complicada y por último la fractura radicular. Tal cual lo habíamos hablado hace un momento.

Luego podemos clasificar las lesiones sobre el hueso de sostén, y vamos a hablar de la conminución alveolar. ¿Qué quiere decir conminución? ¿saben qué es la fractura conminuta?

(Ningún alumno responde nada, se hace un murmullo)

P- Es la fractura en múltiples trozos de fractura. En este caso entonces, la cortical alveolar, está fracturada en múltiples fracturas. Luego tenemos la fractura de la pared alveolar, ya sea vestibular o palatina (o lingual). La fractura del reborde alveolar, de todo el proceso alveolar y la fractura de canastilla del maxilar o mandíbula correspondiente. Aquí lo estamos viendo en el esquema eh?, donde vamos en principio la conminución alveolar, la fractura de una pared tanto la vestibular como la palatina, en este caso, la del proceso alveolar en el caso marcado con la letra D, podemos ver que se trata de una fractura complicada eh? Porque podemos ver está tomando la zona correspondiente al paquete vasculonervioso, mientras que en el otro caso, sería una misma fractura de ese reborde alveolar pero no complicada porque se encuentra alejada de la pieza dentaria y de toda su canastilla alveolar. En los dos últimos casos, están referidos a las fracturas de todo el maxilar. En un caso complicada ¿por qué? Porque está pasando por el espacio periodontal y toda fractura que involucre al periodonto, se la considera como una fractura expuesta, por lo tanto, complicada. Y el último de los esquemas, nos está mostrando entonces, un trazo de fractura que involucra toda la estructura maxilar pero alejada del proceso alveolar.

P- Con respecto entonces a los tejidos blandos, vamos a ver que estas pueden

clasificarse en lesiones simples o lineales ¿qué quiere decir esto? Que la herida, el trazo de la herida, es lineal reservándonos entonces la denominación de compleja o complicada para aquéllos casos donde esa herida tiene una suerte de anfractuosidad o bien está desgarrada o esfacelada que va a necesitar entonces de otros mecanismos para su tratamiento posterior. Y el mecanismo de acción, puede estar dado por las quemaduras, las laceraciones, las contusiones o abrasiones. ¿Saben qué diferencia existe entre cada una de éstas? ¿Qué es una herida lacerante ¿una herida lacerada o lacerante?..... fuerte que no escucho.

A1- Que corta.

P- Aquélla entonces que requiere la presencia de un elemento agudo o con determinado filo, que hace que esa herida prácticamente sea como un.....ehhhh... colgajo. El traumatismo ha levantado eh una estructura de tejidos blandos.

La herida contusa, por el contrario, no tiene ninguna solución de continuidad superficial, es decir no hay ningún tipo de herida superficial, sólo va a estar representada por un hematoma y ¿qué nos está hablando esto?, de que el mecanismo que lo produjo es un elemento romo que no ha sido capaz de herir la submucosa, donde tenemos los vasos, va a dar el hematoma que va a ser entonces el referente al cual nosotros vamos a prestar atención.

Y luego queda entonces, la herida abrasiva, abrasionada ; que es aquélla que generalmente se produce cuando un individuo es despedido por un móvil por ejemplo, y se desliza sobre el pavimento y entonces es como que raspa toda su superficie, por ejemplo la epidermis, dejando la dermis al descubierto, en el caso de la mucosa, la submucosa al descubierto. Y entonces, estamos hablando de heridas abrasionadas o abrasivas.(Mostrando una nueva imagen) Ahí vemos en el primer caso, cómo hay una herida ¿de qué tipo?

A3- Lacerante.

P- Lacerada. En el segundo vemos entonces, la presencia de un hematoma y en la otra donde falta toda la parte de la mucosa superficial, una herida entonces abrasionada. Distintos casos (muestra más diapositivas) donde vemos que muchas veces las lesiones en los tejidos blandos, están dadas por distintas estructuras dentales. El impacto hace que se proyecte, digamos, por ejemplo el maxilar inferior sobre el superior; si se interpone el labio, obviamente vamos a tener entonces un traumatismo, por ese, en ese sentido. Ese motivo, recordamos de los pacientes epilépticos, que decíamos que teníamos que interponerles algo entre las arcadas dentarias a los efectos de evitar el trauma sobre los tejidos blandos.¿ Recuerdan eso?.

As- Siiii.....

P- Entonces vemos heridas laceradas eh?, con abrasiones también. Con respecto al periodonto, podemos hablar entonces de concusión. ¿qué es esto de la concusión?. Es una suerte de afectación del periodonto que no llega a la luxación. Entonces vamos a ver que la pieza dentaria se encuentra dolorida a la palpación pero no tiene movilidad, como podría ser en el caso de la subluxación, que después vamos a ver el esquema que aquí no figura. Ya directamente entramos aquí como luxación intrusiva, donde se proyecta la pieza dentaria más allá del alvéolo. La extrusiva,(la señala en la imagen) que vamos a ver cómo esa pieza dentaria sobresale de todo el plano de oclusión de nuestro paciente. La luxación lateral, que estaría dada hacia una de las tablas y por último, la desarticulación o avulsión de la pieza dentaria en forma completa. Aquí en un esquema, para hacer más inteligible esto, vemos entonces en el primer caso, lo que

es la concusión, después la subluxación, donde ya hay mayor daños sobre las estructuras periodontales, que además de la circunstancia anterior del dolor de ese paciente, se agrega la movilidad dentaria. En este caso, la luxación intrusiva, la extrusiva, la lateral, lateral con fractura de la tabla y la avulsión de la pieza de su alvéolo. Acá estamos viendo distintos estadios entonces, donde vemos cómo esta pieza dentaria tiene una....? (pregunta a la clase)

A- Luxación. (varios alumnos).

P- Luxación, ¿de qué tipo?

A2- Extrusiva.

P- Está sobresaliendo entonces del plano, lo mismo que en este caso, alguna lateral también, acá, ¿qué estamos viendo? ¿qué tipo de herida es esta?

A4- Intrusiva. (en voz muy baja)

P- Eh? (les hace ver que no escucha lo que dijeron)

A4- Intrusiva.

P- Intrusiva pero ¿y esto? ¿una herida de qué tipo?

A2- Lacerada.

P- Lacerada. Bueno, obviamente, como para todos los casos, debemos partir de un correcto diagnóstico. Sin la condición de un correcto diagnóstico, nuestro tratamiento no puede ser correcto ¿no es cierto?. Entonces, el diagnóstico en este caso, tiene que ser lo más cercano a la realidad que nos presenta nuestro paciente y entonces, allí tiene importancia la anamnesis. ¿qué es esto de la anamnesis?

A3- Decir qué es lo que le pasó.

P- Es cierto, sí, en una manera pero eh? Amnesia... ¿les recuerda algo de amnesia? Bueno, ¿qué es amnesia?

A4- Pérdida de la memoria.

P- Falta de memoria. El prefijo an, que quiere decir: todo lo contrario, quiere decir que tenemos que hacerle recordar al paciente eh? Todo lo que tiene que ver con la patología que hoy nos presenta.

El examen clínico, mandatario, siempre eh?, por encima de todo y posteriormente, el examen complementario, que es un elemento complementario de nuestro diagnóstico. Entonces en la anamnesis, nos va a resumir, como dice allí (en la diapositiva) perfectamente, en la circunstancia del cómo viene ese paciente, porque muchas veces, el paciente nos dice cosas que, posteriormente nuestro análisis dice: no, esto no pudo haber sido así como dice este paciente. Entonces, ahí hay algo que está complicándonos porque vemos que nuestra experiencia y con todo lo que nosotros sabemos, nunca puede ser las cosas que nos está narrando el paciente, porque sería un hecho imposible, entonces, nosotros tenemos que saber el cómo, el cuándo y el dónde. Y que además nos permite evaluar la capacidad de conciencia, la capacidad intelectual que tiene el paciente en ese momento, eh?, no olviden que uno de los tres pasos de la historia clínica, lo que primero coloca es: paciente orientado en tiempo y espacio, que quiere decir que el paciente está eh' con todas las luces, con toda su conciencia. A veces, no ocurre esto, ¿por qué? Porque el paciente ha sufrido un shock por el traumatismo eh? O bien tiene ya un compromiso de tipo neurológico que es necesario que nosotros establezcamos, para proceder a su derivación. Sobre todo en el paciente que nosotros vemos que nos dice que está con un episodio confuso, tiene el antecedente de haber tenido náuseas o vómitos eh?, al cual también se le puede

observar la dilatación pupilar, dolor de cabeza. Entonces, son todos los elementos que nos pueden hacer sospechar el compromiso neurológico y debe ser entonces, derivado lo antes posible.

El exámen clínico, estará dado a la exploración extraoral, donde nosotros podemos palpar contornos, la presencia de escalones, si hay continuidad perfecta en las estructuras óseas, o si por el contrario existe alguna solución de continuidad. La asimetría Eh? Podemos ver si su cara es completamente simétrica porque ya eso es un indicio que nos va a orientar también en nuestro diagnóstico. Y luego la exploración intraoral, donde vamos a ver si existe el plano de oclusión, si ese plano de oclusión está alterado, como vimos recién, la presencia de escalones por piezas dentarias que están extraídas o bien que esa extrusión ya es no sólo de la pieza dentaria sino que también viene acompañada por parte de las estructuras óseas. Aquí estamos hablando de la vitalidad, esto es relativo, ya que una pieza dentaria, por un traumatismo, en los primeros momentos, se encuentra en un estado como de shock y no responde a las pruebas o a los tests de sensibilidad.

La percusión, también otro de los elementos que nos podemos valer en toda la semiología que se realiza en la cavidad bucal y sus entornos.

(cambiando diapositiva) Y luego, tenemos los exámenes complementarios que habíamos mencionado. Las radiografías panorámicas, radiografías oclusales, radiografías laterales, tomografías. Todo lo que sea necesario para arribar a nuestro diagnóstico. En este caso, seguimos la línea que ha marcado el profesor Luberti, que siempre, se debe completar una incidencia lateral con una posteroanterior eh? Para tener la visión de los dos lados del espacio posibles, ya que nos falta la tridimensión, que hoy día es posible por las reconstrucciones por tomografías computadas; pero por lo menos, esas dos dimensiones.

Y aquí vemos entonces, como existe una luxación lateral, si ustedes siguen, ven cómo hay un espacio vacío (lo señala en la fotografía) eh?, lateral y extrusiva de esa pieza dentaria en una película simple, periapical que podemos tomar cualquiera de nosotros. En esta otra vista ¿qué tipo de incidencia es esta?

(murmullo, todos hablan pero no dicen nada claro) **As-** radiografía.....

P- Por ahí escuché algo (marca para donde están diciendo la respuesta)

A- Lateral.

P- Lateral. La lateral oblicua, donde es posible observar un trazo de fractura a nivel del ángulo que hace que una pieza dentaria, posiblemente un tercer molar retenido, haya erupcionado espontáneamente por la acción del trauma y está condicionando una mordida abierta como se ve perfectamente en la radiografía por un contacto prematuro en el sector posterior. Fijense como esta simple lectura nos está orientando en el caso clínico de nuestro paciente eh? Fractura, fractura en este caso a nivel goníaco y una pieza dentaria que se encontraba en esas localizaciones. La tomografía axial, que ya muestra con mayor claridad de detalles (se ve en la imagen), sobre todo si es con ventana blanda eh?, distintos elementos, como por ejemplo aquí, tenemos un corte ¿en qué sentido?

A- Axial.

P- Axial, perfecto. Y vemos por ejemplo como hay un contenido dentro del seno maxilar producto de un traumatismo y ese contenido no debe ser otra cosa que un coágulo sanguíneo.

Las radiografías panorámicas, también de mucha utilidad sobre todo en los

chicos, para traumatismos en la zona de la sínfisis, muchas veces pasan desapercibidas fracturas condilares eh?, entonces una radiografía panorámica puede ser muy útil para ver si existe una fractura a ese nivel, porque todos sabemos que es un elemento de crecimiento que puede dar después problemas al no ser detectado.

(Pequeño impasse, donde se cambia la diapositiva y se continúa el tema)

P- Posteriormente al traumatismo, pueden desencadenarse patologías secundarias. Una de ellas, puede ser necrosis de los extremos óseos, esto es porque evidentemente hay déficit en la vascularización de las estructuras, que hace que se necrosen. Afección de nervios y vasos, que pueden estar representadas por parestesias, por hemorragia. Y a partir de aquí, algo que tiene que ver con nosotros, ya aquí hay algo de iatrogenia, porque estamos hablando de consolidación defectuosa. Si hablamos de consolidación defectuosa, quiere decir que no vimos esa fractura y se consolidó como quedó o bien nuestro tratamiento fue defectuoso. En estos casos la falta de unión de los fragmentos, condiciona la interposición de un tejido fibroso, en principio de granulación, luego fibroso, que hace que los cabos, no lleguen a tener contacto y se establece una suerte de articulación digamos entre comillas, por eso se habla de pseudoartrosis, falsa articulación.

Y luego puede haber afecciones sobre el germen definitivo, por ejemplo, el caso de algún...eh.... hecho intrusivo que pueda afectar al germen entonces, fíjense esto es... semejante a lo que menciona Andreassen en su libro, donde un paciente de 16 años, concurre a la consulta con éste cuadro (lo muestra) lo que no podemos explicarnos es cómo nadie prestó atención a la falta de esa pieza dentaria, primero por ser una niña, 16 años eh?, con una ventana terrible y que narra que alrededor de los 5-6 años tuvo un traumatismo, posiblemente podemos deducir que ese diente temporario se intruyó y lesionó el germen del diente permanente de manera como se lo ve en este caso, una vez extraído. Vemos que tiene una doble, primero dilaceración a nivel apical, luego un plegamiento de 90 grados. Otro hecho que también está diciendo de trauma sobre la pieza dentaria. ¿Cuál puede ser el pronóstico de estas piezas dentarias que han sido traumatizadas?. Sobre todo si se trata de una pieza ya madura, una pieza dentaria con su cierre apical obviamente al reimplantarla, esa pulpa no va a tener la posibilidad de revascularizarse, por lo tanto es indicado el pronto tratamiento endodóntico. Entre 7 y 10 días se debe realizar tratamiento endodóntico a los efectos de evitar fenómenos de reabsorción inflamatoria. Algunos de ellos van hacia la obliteración del conducto, otros, puede ser que se reabsorba su raíz y en algunos casos, la pérdida del hueso de sostén.

Aquí vemos por ejemplo, un caso donde se ha reabsorbido totalmente el componente radicular, lo único que ha quedado de recuerdo de ese extremo radicular es el material de obturación endodóntica. O sea que tenemos aquí, la terminación de la pieza a la que le ha ocurrido algo semejante a lo que ocurre con los dientes temporarios, se ha reabsorbido su raíz. Y fíjense en otro caso, como hay imágenes como en sacabocado, que nos están diciendo de la reabsorción inflamatoria que hemos visto, que hemos dicho. En dientes donde no se ha realizado tratamiento endodóntico, y donde también es posible observar la obliteración de su conducto. Eh? En este momento, cualquier tratamiento endodóntico es imposible eh? Hay una obliteración total, por ende esas piezas dentarias están condenadas a la exfoliación eh? Como en este caso, que en

algún momento se va a producir.

Otro caso, semejante. Y a veces tenemos la pérdida del hueso de sostén. Este es otro caso, ¡¡Muchachos!!! (les habla a dos alumnos que están conversando entre sí) que después vamos a ver más adelante, sus facies, donde vemos que este pobre señor, fue tratado en una guardia médica donde le hicieron todos los primeros auxilios respecto a sus heridas y demás, pero parecería como que los médicos tienen cierto desdén por las piezas dentarias ¿no? una cosa secundaria ¿no es cierto?. Entonces, fíjense en este caso, si este paciente nos vino a ver con este trozo envuelto en una gasa, cuando ya los fenómenos de necrosis que tiene esto, va a hacer imposible cualquier intento de supervivencia. Y fíjense la incapacidad que nos muestra ahora este paciente, donde el vestíbulo bucal y el piso de la boca son todo uno, donde no existe ningún tipo de reborde alveolar; con el consiguiente problema para su rehabilitación. Y eso es porque bueno, eh!, total.. ¿estos dientes para qué sirven? Tirémoslos al lebrillo!!!!.

Vamos a ver entonces cómo encaramos nuestro tratamiento. Aquí habla de tratamiento sistémico (en la diapositiva) ¿qué entienden ustedes por tratamiento sistémico? (nadie responde, ninguno comenta)

P- Hola??

A- Tratamiento del dolor.

P- Del dolor, sí por supuesto, puede ser. Entonces nosotros tenemos que evaluar distintas circunstancias. ¿qué pasa si ese paciente en el accidente, en el traumatismo perdió importante cantidad de sangre?

A- Shock hipovolémico.

P- Un shock hipovolémico, perfecto, ¿cómo lo resolvemos?

A- Con una transfusión.

P- Eso también es parte del tratamiento sistémico ¿no es cierto? ¿Entonces?

A- Transfusiones.

P- Transfusiones. Para hacer una transfusión, yo necesito tomar sangre del individuo, agruparla, saber a qué grupo sanguíneo corresponde, cuando ya vengo con el grupo sanguíneo y el sachet de sangre, el paciente se me murió. ¿qué hago antes?

(uno de los alumnos habla pero en murmullo)

P- ¿vos lo escuchaste allá bajo? (le pregunta a un alumno que se agachó a agarrar algo del piso)

A- No.

P- Ah! Bueno, sí contálo.

A- Administración parenteral de solución.

P- Ese paciente deberá ser entonces, no transfundido en sangre, sino en este caso, administración parenteral, lo estudiamos hace poquito este tema. ¿qué recuerdan?

A- Coloco una vía y entonces le voy a pasar suero.

P- Suero glucosado, suero salino isotónico, depende de la circunstancia, depende del hematocrito, o sea de la concentración o de la relación que existe entre glóbulos y plasma. Me va a decir qué es lo que necesito. Y además en esa vía ya le puedo inyectar ¿qué cosa?.

A- El analgésico.

P- El analgésico, como dijo acá la compañera ¿qué otra cosa más?

A- Antibióticos.

P- Antibióticos, perfecto. Y entonces, ya estoy estabilizando a ese paciente de todo lo que habíamos dicho antes, la posibilidad de que el dolor me lleve a ese paciente al

shock, y que además nivele de alguna manera la volemia. Después voy a ver las partes blandas, cuál va a ser su tratamiento, las lesiones dentarias y las lesiones óseas. Y no debemos olvidar esto: profilaxis antitetánica porque puede ser que este paciente venga o provenga de un choque en la ruta y que hay posibilidades de contaminación y entonces debemos tener SIEMPRE (lo enfatiza) ésta actitud.. Aquí hablábamos de una profilaxis activa y una pasiva ¿qué quiere decir?

A- Activa es el toxoide y pasiva las globulinas.

P- Explicámelo, a ver un poquito.

A- Aplicamos el toxoide inoculando el elemento patógeno.

P- A los efectos de que sea el organismo que desarrolle los anticuerpos correspondientes ¿no es cierto? Por un lado en la Activa, entonces, le estamos inyectando el toxoide tetánico a los efectos que sea el organismo el que desarrolle los anticuerpos necesarios. Y en el otro caso, en la pasiva, le estamos dando el elemento que son las globulinas, las gamma globulinas que nosotros estamos dando ese tipo de inmunidad servida, digamos así, por eso se habla de pasiva. ¿Y qué le voy a dar a este paciente que se traumatizó?

A- La pasiva.

P- ¿Y no le puedo dar las dos juntas?. Me parece que sería lo más conveniente. Porque por un lado necesito la actividad del organismo, pero para que se complete esta acción activa, es necesario que pase un determinado tiempo, se estima alrededor de tres semanas; que casualmente coincide con el tiempo de incubación del Clostridium tetanii. Entonces, para frenar, para ayudar entonces a la resolución feliz de todo este problema, damos las dos. En el mismo momento, con la única diferencia que vamos a utilizar los dos glúteos del paciente, una en un lado y la otra en el otro eh? Nunca se dan juntas en el mismo sitio. Y el antibiótico, como dijimos en ese momento.

Con respecto a los tejidos blandos, léase (en la diapositiva) lo primero que hacemos es: hemostasia. Tenemos una herida, vamos a ver qué tipo de herida tenemos, pero una herida que es sangrante, entonces debemos proceder a la hemostasia. Que puede ser de las distintas formas que ustedes ya conocen: por pinzamiento, por ligadura, por compresión, etc., electrocoagulación, etc.

Posteriormente, vamos a proceder al lavado periférico de la zona donde está instalada la herida. Cosa que vamos a realizar con jabones antisépticos, con esponjas o cepillos. Luego vamos a pasar al lavado del lecho, de la misma manera. O sea, hacemos primero la periferia y luego la circunscribimos al lecho de la herida. Luego la desinfección, ya entonces con yodopovidona o con algún otro antiséptico. También la periferia, para después seguir a circunscribirnos al lecho. Y acá estaba, hay un punto que hablaba de anestesia: local, regional ¿para qué será esto? ¿por qué? ¿qué voy a hacer?

A- Que no le duela.

P- Que no tenga dolor, sí pero ¿por qué? ¿qué es lo que le va a provocar que le duela? ¿alguna maniobra? . Esto (señalando en la imagen), la exploración quirúrgica porque muchas veces esos elementos que decíamos, están introducidos dentro del tejido blando. Pueden ser por ejemplo: dientes, pueden ser prótesis, pueden ser vidrios eh? Y entonces, debemos realizar la exploración quirúrgica y a veces radiológica, radiografías con rayos blandos, para localizar cuerpos extraños, que deben ser extraídos obviamente y regularizar los bordes de la herida. Cosa que se denomina debridación. Debridar quiere decir: regularizar el trazo de la

misma donde vemos que una herida con corte nítido, va a cicatrizar mucho mejor que aquella esfacelada, anfractuosa, etc. Por eso decimos: la utilización del bisturí eh? Cómo debe ser: corte nítido, único, hasta involucrar toda la mucosa y el periostio, ¿no es cierto? Para en el caso nuestro, para hacer un ejemplo válido. Entonces, regularizamos el borde de la herida. A veces hay que hacer algún tipo de plástica para que confronte convenientemente. Y en los casos en que la herida involucre distintos planos, los planos serían: el dérmico, el subdérmico y el muscular. Vamos a hacer la sutura por planos, porque sino vamos a obtener una cicatriz invaginada, un desastre que va a requerir de una segunda cirugía para regularizarlo.

En algunos casos, es necesario instalar un drenaje, sobre todo, si han sido búsquedas donde hubo que hacer disecciones eh? De distintas estructuras y que puede haber una colección suero-hemática que debe ser drenada. Posteriormente, la instalación de una cura plana. ¿saben lo que es una cura plana?. ¿no es necesario explicarla? ¿la conocen todos?. No vaya a ser que la preguntemos en el parcial ¿eh? (murmullo y sonrisas) Y la medicación parenteral, como ya hicimos referencia hace unos párrafos anteriores.

(Continúa con el tema siguiente, previa diapositiva correspondiente) Las lesiones dentarias ¿cómo las vamos a tratar? Si se trata de dientes temporarios, generalmente no se intenta el reimplante, por lo que dijimos hace un instante, la posibilidad de dañar el germen del permanente.

Si es un diente inmaduro, permanente, cabe la posibilidad, si no ha sufrido intenso daño, de su periodonto y de la parte pulpar de que una vez reimplantado, se revascularice. Ahora si se trata de un diente maduro, que quiere decir que ya ha completado su desarrollo apical, obviamente la reimplantación requerirá a posteriori, ¿de qué cosa?.

A- De un tratamiento de conducto.

P- Un tratamiento endodóntico (reafirmando con vehemencia la respuesta del alumno). Bueno, con respecto a las fracturas coronarias, aquéllas no tan complicadas, pueden tratarse de diferentes maneras posibles, en base a la clínica que ustedes ya conocerán, la utilización de resinas, la técnica de collage, etc. Y en lo que se refiere a las complicadas, recubrimiento pulpar, lo que se denomina protección directa o la endodoncia en los casos en los que haya un daño que hace que ya no haya otra alternativa.

Con respecto a las fracturas radiculares, evaluar siempre la posibilidad de conservar la pieza dentaria. Hay que ir a la profesora Maresca, tiene muchos casos, donde hemos visto que después de fracturas, y que incluso, creo, uno de los compañeros de ustedes, creo que Javier; tiene un caso de una fractura radicular en el que una vez realizado el tratamiento endodóntico, se mantuvo en una suerte de conformación de un caso, digamos así, que ha perdurado sin ningún tipo de manifestación patológica. Y en los casos que sea necesario, la instrumentación mediante el tratamiento endodóntico.

Con respecto a las luxaciones, entonces, reposicionarlo en el alvéolo y fijarlo.

Evidentemente deben ser fijados. El tiempo después lo vamos a estudiar perfectamente cuando veamos en cirugía de reimplantes dentarios.

Y acá, a veces (marca una nueva diapositiva) es extrañar para poder intruír. Como vemos en este caso, que ha salvado una parte de su pared alveolar y entonces, es

necesario extruirla para después recién poder ubicarla en el interior del alvéolo. Avulsionado va con s (señala el error en el tipeo de la diapositiva), en este caso, puede ser objeto de reimplantes inmediatos, reimplantes demorados, esto de demorado es relativo, ¿no es cierto? Se refiere a la posibilidad de que haya necesidad de hacer un tratamiento endodóntico in vitro, para después proceder al reimplante. ¿ven, como dice aquí? (señala en la imagen) tratamiento endodóntico.

Con respecto a las fracturas óseas, debemos evaluar qué tipo de fracturas tenemos, si es una fractura simple, si está expuesta, decíamos que hay que buscar todo aquello externo. Si es conminuta, acá falta la n (corrige el error de tipeo en la diapositiva), eh? Ya hablamos de lo que es una fractura conminuta; o bien en tallo verde, donde una de las corticales se fractura mientras que la otra se pliega eh?, entonces condiciona una fractura que se denomina en tallo verde, por aquello de que cuando uno corta una ramita verde, no termina de seccionarse totalmente.

Las zonas de contusión suelen ser indicadoras del lugar de fractura. Hoy lo decíamos, ¿no es cierto?, que había un hematoma que debíamos investigar por la posibilidad de un daño en profundidad. Si hay fracturas desplazadas, vamos a ver que los dientes muestran un escalón, una interrupción en el plano oclusal. Y como haciendo relación a lo que vimos anteriormente, cómo el Emma y los hematomas, pueden esconder las fracturas en profundidad. ¿Cómo las tratamos?. Ya es conocido, ustedes lo habrán visto porque habrán hecho algún tipo de experiencia en los modelitos, donde colocaban alambres, arcos peines, etc. ¿no es cierto?. Entonces en principio, siempre la reducción: que va a ser colocar los fragmentos en posición adecuada para que tengan contacto íntimo y de allí entonces, se produzca la cicatrización; ya sea por callo óseo o por osificación directa.

Y luego la fijación (que aparece en la diapositiva), estabilización, a la manera que ustedes han realizado en sus modelos: alambres, arcos peines, férulas, placas, miniplacas, tornillos, placas de reconstrucciones, en casos mucho más complejos, donde existe pérdida de estructuras óseas. Placa de compresión, tornillo de compresión. Toso esto lo van a ver con mayor detalle en las distintas cirugías que vamos a tener por delante el año entrante.

En el maxilar superior, buscar hemorragia en los oídos, eh? Puede ser un signo evidente de una fractura del maxilar superior; rinorrea: o sea la salida por nariz de líquido, que puede ser cefalorraquídeo y ¿por qué saldrá por nariz? El líquido cefalorraquídeo ¿eh? ¿cómo?, contáme fuerte porque no te escucho de acá. (se dirige a la alumna que está respondiendo)

A1- Por el seno frontal.

A2- Por el esfenoidal.

P- ¿quién da más? otro más, ¿a ver?, cuéntenme. ¿Y qué me cuentan de la lámina cribosa del etmoides?. O sea que hay una afectación a ese nivel superior que puede hacer que haya derrame de líquido cefalorraquídeo y que después ya les enseñarán cómo se realiza el diagnóstico diferencial entre líquido y moco que es común a la cavidad nasal.

Y puede haber, como dijimos, síntomas, signos neurológicos que ya los hemos mencionado, ¿no es cierto? Dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dilatación pupilar, estado de confusión mental, etc.

La fractura se puede desplazar, una por la acción muscular y otra por la misma acción de esa energía o esa fuerza que le imprime el agente vulnerante. ¿se dan cuenta de

esto? (muestra la imagen) El hueso está en equilibrio en virtud, hoy a la mañana decíamos, vamos a repetirlo para que no haya diferencias, vamos a tomar por ejemplo el maxilar inferior (lo dibuja en el pizarrón), si yo tengo la fractura a este nivel (lo marca en el dibujo), tengo dos grupos generales ¿no es cierto? de masas musculares, que son ¿cuáles?.

A- Los maseteros.

P- Los elevadores y los depresores. Los elevadores, ¿cuáles eran?

A- Maseteros, temporales.....

P- O sea, esto me va a llevar hacia delante por el temporal, el pterigoideo, pterigoideo externo, masetero; que tienen componente hacia arriba y luego ¿qué tengo que me reaccionan?

A- Los depresores.

P- Que son ¿cuáles?. Los suprahiodeos ¿no es cierto?. Entonces, tenemos este que está en equilibrio y de pronto, tanto por virtud del trazo de fractura, se rompe ese equilibrio y se produce el desplazamiento. Entonces voy a tener supongamos el maxilar, ese fragmento lo voy a tener ubicado en esta forma (lo dibuja nuevamente en el pizarrón). Entonces, se dice que es una fractura favorable al desplazamiento e inversamente, desfavorable para el tratamiento porque significa que va a haber que reducir, llevar a posición normal los elementos desplazados. ¿está claro?.

As- Siii.

P- Bueno, entonces, decíamos: favorables o desfavorables, pueden ser con desplazamiento o sin desplazamiento. Y como dijimos, el tipo de fuerza contribuye al desplazamiento. Vamos a ver unos casos más para terminar (la clase se empieza a distender).

(Comienza una secuencia de casos clínicos con apoyo fotográfico).

P- Este es un pacientito que nos vino a consultar después de que sufrió un traumatismo importante en una actividad deportiva, fíjense que hay heridas laceradas que están suturadas eh?, otras abrasivas, y lo que nos muestra su boca, es este fragmento eh?, se trataba de una fractura alvéolo-dentaria. Se le indicó, nuestro plan de tratamiento; estaba acompañado con su mamá, acompañada por un colega que si el colega no está en el tema, a veces, entorpece ¿no es cierto?, porque quiere saberlo todo ante los familiares y resulta que después no sabe nada. La cuestión es que este paciente, citado, medianamente recitado a su tratamiento, no vino a la consulta, nos desapareció por un tiempo determinado; llegó a los 26 días, en un chico, se considera una fractura consolidada. Ven toda la rapidez de los fenómenos de calcificación en una criatura. Así era entonces eh.. en los dos sentidos del espacio (muestra la radiografía), y vino así, si bien está dada vuelta la radiografía, esto que es aquí izquierdo era derecho, pero vino con esta forma ya consolidado, con piezas dentarias en vías de erupción en forma anómala. Esto es después, no está bien ubicada esta radiografía porque fue el postoperatorio de nuestro tratamiento. ¿qué quiere decir esto?. Que nosotros para reducir esa fractura, tuvimos que proceder a la reducción quirúrgica o sea refracturar nuevamente el fragmento, para ponerlo en posición. Aquí vemos cómo se está tratando de soltar ese bloque, una verdadera corticotomía segmentaria porque era un bloque dento-óseo, con abundante irrigación eh?. Se procedió entonces a movilizarlo. Aquí estamos tratando de ubicar en posición pero de ahí, de todas maneras, este fragmento quedaba alto en el plano, porque ya se había conformado

tejido óseo por debajo. ¿qué hubo que hacer para poder resolver medianamente este caso?, proceder a la amputación radicular de esas tres piezas dentarias, a los efectos de ganar un espacio para poder reubicar dentro de lo que se podía, en el plano de oclusión. Aquí, una vez suturado, todo esto tiene como referente vascular, toda la parte lingual, que no se toca. Ese es el pedículo que va a nutrir al bloque dento-óseo. La colocación de un arco cinta (se ve en la diapositiva). Los controles postoperatorios y aquí vemos en un control a distancia, ya cerca no? al retiro de los arcos, la consolidación ósea, cómo se ha alineado, dentro de todo, en una forma bastante adecuada, pero lo que pasa es que faltaba una pieza dentaria que se había avulsionado que no fue posible recuperar. El caso clínico antes de retirarse los arcos y obviamente, como hicimos la amputación radicular, hubo que hacerle tratamientos endodónticos a esas piezas dentarias. Aquí se está viendo entonces, tratamiento endodóntico, el retiro de los arcos, aquí otra vista. El control postoperatorio y aquí vemos a distancia aún mayor, cómo no existe ningún componente patológico.

Este es el caso que vimos recién, este señor que fue tratado en la guardia y que le fueron curadas todas sus heridas, suturadas, etc. Pero que tuvieron entonces, un desprecio por el tejido gíngivo-dento-alveolar y la posibilidad entonces difícil de rehabilitar a este paciente en el sentido de que posteriormente va a ser necesario la colocación de algún injerto o una distracción osteogénica.

P- ¿Alguna pregunta?. No terminé señorita, no terminé (a una alumna que se para inmediatamente y se dirige hacia la puerta)

A- Voy a prender la luz (aprieta en interruptor de la luz)

P- Ah!!! Porque ví que estabas muy deseosa de escapar. (sonriéndose) ¿Alguna pregunta? ¿todo claro? ¿nada que preguntar?. (Sin nadie que deseara preguntar, el profesor da por terminada la clase, se despide hasta la próxima sesión y los alumnos empiezan a retirarse).

Publicaciones del Grupo Interamericano de Reflexión Científica.

- N° 1—*Los Caddies en Argentina. Situación, problemas, desarrollo, capacitación y escuela.*—
Dra. Carolina Leone y otros.
- N° 2—*Capitalismo, globalización y espacio público*—
Lic. Carina Mas
- N° 3—*Análisis de una Institución educativa privada de la Ciudad de Buenos Aires*—
Dra Elizabeth Baggini y Lic. Patricia Dau.
- N° 4—*Habilidades manuales en los estudiantes que cursan ortodoncia*—
Dra. Elizabeth Baggini
- N° 5—*Los caminos del poder político en educación*—
Lic. Liliana Cignoni
- N° 6—*El estilo del fútbol argentino. ¿Cuál es la nuestra?* -
Lic. Eduardo Freddi
- N° 7—*Clínica de patologías orgánicas.*
Lic. Graciela González Saldain
- N° 8—*Hacia una aproximación a una clasificación de medio.*
Lic. Daniel do Campo Spada
- N° 9—*Clínica de la Patología Borderline.
Encuentro en la clínica con un paciente fronterizo*
Lic. Graciela González Saldain
- N° 10—*Observación de una clase y sus implicancias.*
Dra. Elizabeth Baggini
- N° 11—*Tenis de alta competencia y el duelo ante la derrota*
Lic. Graciela González Saldain
- N° 12—*“Vicisitudes laborales de una psicóloga, inaugurando espacios”. Los problemas reorganizativos entre el personal y las autoridades en una institución educativa.*
Lic. Liliana Cignoni