



**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PATOLOGÍA ORAL EN ESTUDIANTES
DE ODONTOLOGÍA DE CUATRO UNIVERSIDADES DE LA ZONA
CENTRAL.**

Trabajo de investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista.

Alumnas: Paz Alexandra Montes Palacios.
María Andrea Severín Garcés.
Fernanda Katerina Silva Oviedo.

Guía: Prof. Dr. Rodrigo Fuentes Cortés.
Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral.

Valparaíso – Chile
2016

DEDICATORIA.

Quisiera dedicar esta investigación, homenajear con dulces palabras a las personas que más influyeron en mi vida académica, para hacer posible que llegara a esta última etapa.

Primeramente, agradecer a mi hermosa madre, Paz Palacios, ya que sin ella esta tarea habría sido aún más ardua. Siempre su apoyo ha sido incondicional, desde que comencé la travesía de estudiar esta privilegiada carrera (vocación que he tenido desde pequeña), tanto presencial como emocionalmente. Mi mamá es el pilar fundamental en mi vida que me sostiene cada día, que guía mi camino para ser la profesional que siempre he aspirado, y ser una mujer fuerte que forja su futuro.

Asimismo, quisiera reconocer y felicitar a mis compañeras de Tesis, Andrea y Fernanda, ya que hicimos un excelente equipo desde el comienzo. Vivimos muchos viajes y trasnoches, mas cada esfuerzo y dedicación que realizamos tuvo su recompensa al contemplar nuestra última tarea ejecutada airoosamente.

Y finalmente, agradecer al cuerpo académico que nos ve y forma cada día desde que entramos a nuestra Facultad. Tanto docentes como personal administrativo, están para encauzar nuestro recorrido académico, clínico y humanitario, para ser profesionales competentes y empáticos con nuestros pacientes; y así lograr ser parte de esta comunidad odontológica. Quisiera hacer una mención particular a nuestro Docente Guía, Dr. Rodrigo Fuentes, por aceptarnos y valorarnos como un gran equipo, hacerse partícipe de cada etapa que superamos en este estudio, de contenernos y reflejar a todo momento, tranquilidad y paciencia.

Paz Montes Palacios.

Desde niña supe que cuidar de la salud de otras personas me apasionaba, devolver sonrisas y con ello bienestar, autoestima y calma en quienes confiaran en mis habilidades. Culmino mi formación con esta investigación desarrollada junto a Andrea y Paz, con quienes logré complementarme en cada jornada. Dedico este trabajo a mis padres, seres de bien que desde que tengo memoria me han dado amor, apoyo incondicional, los valores que hoy imperan en mí y que me dan el sello de tratar a mis pacientes con amabilidad, empatía y respeto; a mi hermano que desde la guatita de mamá me acompaña y alegra mis días; a Nachito que siempre me dió ánimo y sin dudarle ofreció su ayuda; y a todos aquellos que han dejado su impronta en mi alma, que con bondad me han hecho mejor persona. Lo dedico también a los docentes que con dedicación y paciencia, me entregaron conocimientos y pulieron mis habilidades, sepan que los guardo en mi corazón... Finalmente agradezco a Dios, que siempre estuvo conmigo.

Fernanda Silva Oviedo.

Cuando ingrese a estudiar odontología nunca imagine todo lo que eso conllevaría. Hubo momentos difíciles, en los que muchos quisimos dejarlo todo, pero también momentos muy gratificantes, en los cuales, recordé cual era el real sentido de esta hermosa carrera, la de devolver la felicidad a muchas personas.

En todos esos momentos, tanto buenos como malos, existieron personas que siempre me acompañaron. Es por esto que me gustaría dedicar esta tesis a toda la gente que estuvo ahí durante este largo y difícil proceso, a mi mamá y mi papá, mis hermanos, mi cuñado que siendo el también odontólogo siempre estuvo dispuesto a resolver alguna duda que me aquejara, mis amigos, los que juntos recorrimos el mismo camino, a mis compañeras de Tesis, Fernanda y Paz, ya que juntas formamos el mejor equipo, pero en especial a mi pareja, el cual estuvo durante todo mi desarrollo académico apoyándome y alentándome en los momentos mas difíciles, ya que sin su apoyo, esto no podría ser posible y mi hija, mi Martina que a pesar de llegar al final de este gran proceso, estuvo presente, desde que comenzamos esta investigación y sin duda me seguirá acompañando en todos los desafíos que tome en mi vida. Por todo eso, muchas gracias.

María Andrea Severin Garcés

AGRADECIMIENTOS.

Queremos agradecer eminentemente a nuestro Docente Guía, Dr. Rodrigo Fuentes Cortés, por confiar en cada integrante de este proyecto, y aceptar trabajar su tema de tesis con nuestro equipo. Fue un laborioso estudio que requirió de ímpetu, el cual nos otorgó con cada tarea encomendada, siempre acompañada de una felicitación de su parte.

Dedicamos especial mención al Dr. Benjamín Martínez, Jefe de Cátedra de Patología Oral de la U. Mayor; Dr. René Martínez quien nos respondió y nos derivó al Dr. Leopoldo Saavedra, Director de la Sede Viña del Mar de la U. Nacional Andrés Bello; Dr. Jaime Gaete, coordinador del curso de 5° Año de la U. Viña del Mar; y a nuestro estimado Dr. Wilfredo González, Prof. Coordinador de la asignatura de Medicina Oral de la U. de Valparaíso; a todos estos académicos les agradecemos por colaborar amablemente con nuestra investigación.

Estimamos gratificar también a todos los alumnos que participaron de forma voluntaria y respetuosa al contestar el cuestionario. Sin ellos esta investigación no hubiera podido llevarse a cabo.

Por último, damos las gracias a Martina, bebé de Andrea, que fue parte sin querer de nuestro trabajo, ya que siempre nos acompañó desde antes de nacer y además de portarse excelente en nuestras jornadas de trabajo. A Giancarlo e Ignacio (parejas de Andrea y Fernanda), que nos ayudaron con sus conocimientos estadísticos en los análisis de los resultados. Y, a la madre de Paz, que nos trasladaba y aportaba en todo lo que estuviera en sus manos para ayudar a ejecutar todas las labores asociadas.

ÍNDICE

I	INTRODUCCIÓN	1
II	MARCO TEÓRICO.....	2
	1. Investigaciones dedicadas a la medición del conocimiento en Patología Oral....	2
	2. Definiciones y Prevalencia de Lesiones Orales.....	5
	2.1 Trastornos de Mucosa Oral.	5
	2.2 Trastornos de Huesos Maxilares.	9
	2.3 Perfil del Odontólogo.	12
III	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	18
	1. Pregunta de Investigación.	18
	2. Objetivos Generales.....	18
	3. Objetivos Específicos.	18
IV	MATERIALES Y MÉTODOS	19
	1. Diseño del Estudio.	19
	2. Universo.	19
	3. Población de Estudio.....	19
	4. Selección y Tamaño de Muestra.	19
	4.1 Criterios de Inclusión.....	20
	5. Marco Espacio – Temporal.....	20
	6. Variables.	21
	7. Método de Obtención de Muestra e Instrumento de Medición para la Recolección de Datos.....	21
	8. Análisis de Rendimiento.	22
	8.1 Análisis del puntaje global.....	22
	8.2 Análisis por ítems.....	22
	8.3 Análisis por presentación clínica.	23
	9. Validación de Instrumento de Medición.....	24
	10. Análisis Estadístico.....	24
V	RESULTADOS.....	26
	1. Antecedentes generales del grupo en estudio.	26
	2. Rendimiento de las Universidades participantes.	27
	3. Rendimiento general de las Universidades Participantes.	42
	4. Consideraciones Éticas.....	49
	5. Limitaciones del Estudio.	49

VI	DISCUSIÓN.....	51
VII	CONCLUSIONES.....	54
VIII	RESUMEN.....	56
IX	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
X	ANEXOS.....	60

INDICE DE TABLAS

Tabla I: Lesiones más prevalentes de la mucosa oral.....	8
Tabla II: Lesiones más prevalentes de hueso alveolar.....	11
Tabla III: Porcentaje de Alumnos participantes.	19
Tabla IV: Análisis de Variables.....	21
Tabla V: Tópicos y parámetros a evaluar.....	22
Tabla VI: Análisis de puntaje global.	23
Tabla VII: Análisis de puntaje por ítem.....	23
Tabla VIII: Análisis por presentación clínica.....	23
Tabla IX: Distribución según Universidad, Año Académico, Sexo y Edad.	26
Tabla X: Resolución de Casos Clínicos.	29
Tabla XI: Rendimiento por Categorías Universidad N°1.	30
Tabla XII: Rendimiento Total por Presentación Clínica Universidad N°1.	32
Tabla XIII: Rendimiento por Categorías Universidad N°2.	33
Tabla XIV: Rendimiento Total por Presentación Clínica Universidad N°2.....	36
Tabla XV: Rendimiento por Categorías Universidad N°3.....	37
Tabla XVI: Rendimiento Total por Presentación Clínica Universidad N°3.....	39
Tabla XVII: Rendimiento por Categorías Universidad N°4.....	40
Tabla XVIII: Rendimiento por Categorías Universidad N°4.....	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I: Presentación Clínica de Trastornos Agudos.	43
Figura II: Presentación Clínica de Tumores de Tejido Blando.	44
Figura III: Presentación Clínica de Patologías Óseas.	45
Figura IV: Presentación Clínica de Hamartoma.	46
Figura V: Rendimiento Final por Universidad.	47
Figura VI: Rendimiento Global del Alumnado.	48
Figura VII: Rendimiento Global del Alumnado, según tipo de trastorno.	49

I INTRODUCCIÓN

Actualmente, existen numerosas instituciones que imparten la carrera de Odontología, otorgando un considerable número de egresados, además del profesional extranjero que acude practicando a nuestro país. A pesar de esta gran suma de odontólogos generales, cabe manifestar la suposición, de si es que están realmente capacitados para diagnosticar lesiones fuera de las cariosas o periodontales. Es por esto que se ha llegado a la necesidad de poder determinar las habilidades y conocimientos de estos odontólogos, para que haya un adecuado ejercicio de la profesión tanto en el área pública como privada. A nivel internacional ya se han elaborado estudios en que se han calificado a estudiantes y a egresados, exponiendo si son realmente competentes para el desempeño laboral.

Durante los años 2013 – 2014, la Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral ha desarrollado seminarios de tesis destinados a evaluar el nivel de conocimiento sobre distintas afecciones orales, a través de la aplicación de un instrumento el cual en su última etapa fue sometido a un proceso de validación con los patólogos expertos de la Sociedad de Patología Oral y Maxilofacial de Chile.

Nuestra investigación busca calificar a estudiantes próximos a egresar de la carrera de Odontología de universidades públicas y privadas de la zona central, para reconocer el estado del conocimiento en patología oral, y, a la vez reconocer el modo de actuar ante un grupo específico de trastornos, ya sea para su diagnóstico, toma de biopsias, solicitud de exámenes complementarios, ejercicio de acciones clínicas correspondientes, o bien, en cuanto al proceso de derivación pertinente. Es por eso que nuestra pregunta de investigación es: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de patología oral en los estudiantes de odontología que se encuentran próximos a egresar de universidades de la zona central de nuestro país?

La relevancia de este estudio se centra en el poder reconocer el grado de experticia diagnóstica y capacidades para dar la mejor orientación a los pacientes que los cirujanos dentistas deberían tener, dado que somos profesionales de la salud que debemos ejercer con vocación en cada servicio, ser oportunos al momento de tratar a cada paciente afligido que entrega su confianza a nuestro discernimiento, y velar por el bienestar general de nuestra población.

II MARCO TEÓRICO

La odontología, como profesión del área de la salud, juega un importante papel no sólo en pesquisar patologías asociadas a los dientes, sino que a través de ella es posible identificar una serie de alteraciones y lesiones presentes en la mucosa bucal, lengua, paladar, incluso verificar hallazgos radiográficos a nivel óseo, que pueden ser propias de un cuadro local o de alguna alteración sistémica. Es por esto, que es de suma importancia que como Odontólogos Generales logremos identificar las características propias de la normalidad y sus variantes, para así, en caso de existir alguna anomalía, podamos ejecutar un diagnóstico precoz, y si no está bajo nuestras habilidades profesionales, realizar los exámenes complementarios correspondientes y las derivaciones a tiempo para que el profesional experto en la materia se haga cargo de dicho tratamiento.

1. Investigaciones dedicadas a la medición del conocimiento en Patología Oral.

En este último período se han realizado una serie de investigaciones que tienen como finalidad determinar qué tan preparado se encuentra el odontólogo general para poder diagnosticar ciertas enfermedades más prevalentes de la cavidad oral, tanto a nivel mucoso como óseo. Nuestra tarea en esta investigación es verificar si los estudiantes de la profesión se encuentran competentes para que en la vida laboral puedan cumplir estos objetivos.

Existen análisis en los cuales se han aplicado pruebas hacia los estudiantes de los últimos años de la carrera evaluando si éstos son capaces de diagnosticar, realizar biopsias y/o exámenes complementarios, ejecutar acciones clínicas pertinentes a la situación. Esto demuestra en algún grado que son aptos para ejercer estos puntos.

Tal es el caso en el estudio de Du, et al., (Du, et al.; 2013) ⁽¹⁾ en que se describieron dos metodologías de estudio: Aprendizaje basado en Casos Clínicos (CBL) y Aprendizaje basado en Lecturas (LBE). Trabajaron con 40 estudiantes de 4° Año. Lo esencial de la investigación fue evaluar en los estudiantes mejorías en la comprensión de las manifestaciones clínicas y potencial maligno de la Leucoplaquia Oral.

Situación similar ocurrió en el trabajo de Ali, et al. (Ali, et al.; 2015) ⁽²⁾. Esta investigación se basa en la evaluación clínica de estudiantes de odontología que cumplieron con el preclínico, y se encuentran cursando quinto año, entre 2009 - 2011. Los estudiantes debían describir la lesión de mucosa oral, tanto en su apariencia clínica, número y sitio donde se encontraba; adicionalmente, incluyeron detectar el número de lesiones cariosas. Por otra parte, debían contestar un cuestionario en el cual debían autocalificar su habilidad para localizar lesiones mucosas y cariosas antes de cada evaluación clínica. Los alumnos fueron interrogados para dar un diagnóstico específico por todas las lesiones mucosas, y si

éstas requerían de confirmación histopatológica, se realizaba la biopsia correspondiente.

Los alumnos diagnosticaron 72.5% del total de alteraciones mucosas, pero fallaron al detectar en 52.5%, lo cual indica que tienen más problemas al localizar lesiones que al diagnosticarlas, donde dedujeron que era por una falta de sistematización al examinar los tejidos blandos, en especial al costado y bajo la lengua. Poseen mayor habilidad al verificar lesiones cariosas (98,2%) que lesiones mucosas (47.5%), lo cual confirma lo anterior, ya que además los estudiantes se enfocan al motivo de consulta del paciente en vez de hacer un examen sistemático exhaustivo de toda la cavidad oral. Esta investigación reafirmó la necesidad de establecer estrategias educativas apropiadas para mejorar la habilidad de los estudiantes al diagnosticar.

En la investigación de Alpoz, et al. (Alpoz, et al.; 2013) ⁽³⁾ se confeccionó un cuestionario de 15 preguntas de alternativas tipo test, el que contenía información correspondiente a las complicaciones bucodentales que produce la terapia del cáncer y el rol del odontólogo en proveer un protocolo de tratamiento previo a esta terapia, justificando si los estudiantes de último año están capacitados para entregar la información pertinente a cada paciente oncológico.

De las 15 preguntas, 7 correspondían a complicaciones bucodentales de la terapia oncológica, 2 fueron de acuerdo al rol del odontólogo en proveer una salud óptima en el área, y las restantes 6 preguntas relataban los protocolos para el manejo de estos problemas.

Los alumnos respondieron correctamente las preguntas que relataban el conocimiento básico acerca de las complicaciones orales y dentales del tratamiento oncológico, con lo cual se deduce que tienen un alto conocimiento al respecto. Sin embargo, casi la mitad de los participantes fallaron en identificar las prácticas que debería realizar el odontólogo previo a la terapia, y fueron deficientes en el conocimiento del tratamiento de las complicaciones orales de los pacientes que ya reciben tratamiento oncológico. Probablemente, la falta de experiencia en el tratamiento de estos pacientes, o el hecho de sólo contar con la teoría y lectura sobre el tema sean factores que hayan afectado la posibilidad de responder correctamente estas preguntas.

En Estados Unidos, en la Facultad de Odontología de la Universidad de Virginia, surgió la necesidad de evaluar a los odontólogos, dado que algunos se basan solamente en su impresión clínica para realizar un diagnóstico definitivo, escogiendo la observación de aquellas lesiones que creen que son inocuas, y sólo enviando a biopsia las lesiones que creen que podrían ser más serias. Se desea comprobar qué tan exactos son estos diagnósticos clínicos, puesto que un mal diagnóstico y retraso en el tratamiento de algunas patologías podría ser fatal para el paciente. Por este motivo, se publicó un trabajo de investigación de Kondori, et al. (Kondori, et al.; 2011) ⁽⁴⁾, cuyo objetivo era determinar la exactitud del diagnóstico clínico realizado por odontólogos generales y odontólogos con alguna especialidad, y a su vez, comparar

la habilidad diagnóstica entre ellos. Para ello se revisaron 976 biopsias del Departamento de Patología Oral y Maxilofacial de la misma Universidad realizadas entre Enero de 2009 y Enero de 2010, luego se comparó el diagnóstico histopatológico realizado por un patólogo y el diagnóstico presuntivo hecho por los odontólogos generales y con especialidad. Luego de comparar, se determinó que hubo un error diagnóstico en el 43% de los casos a nivel general, un 45.9% de error diagnóstico en los odontólogos generales, un 42.8% de error diagnóstico en cirujanos máxilofaciales y un 41.2% de error diagnóstico en periodoncistas.

En Malasia, se publicó en el Journal of Cancer Research and Therapeutics un trabajo de investigación de Awan, et al. (Awan, et al.; 2014) ⁽⁵⁾, cuyo objetivo era determinar el conocimiento de los estudiantes de pregrado de las carreras de Odontología y Medicina, en cuanto a la detección precoz y prevención del cáncer oral, el cual se desarrolló considerando que los estudiantes de ambas carreras, como futuros profesionales, necesitan tener un adecuado conocimiento de cáncer oral. Para ello se invitó a estudiantes de medicina y odontología a responder un cuestionario sobre sus hábitos para examinar la mucosa oral, tomar la historia clínica, reconocer factores de riesgo y conocer los cambios relacionados al cáncer oral, derivación de pacientes, así como su deseo de recibir más información sobre el cáncer oral.

Se realizó una encuesta a los estudiantes de medicina y odontología de 3°, 4° y 5° año durante clases de rutina. Estos estudiantes fueron seleccionados sobre la base de que ellos han recibido educación sobre trastornos orales incluyendo el cáncer oral.

Al momento de analizar los resultados, se observó que los estudiantes de pregrado de odontología estaban más capacitados para examinar la mucosa oral (96,7%) y asesorar sobre los hábitos de riesgo a los pacientes (93,9%) en comparación con los estudiantes de medicina (60,6% y 79,8% respectivamente).

En general, más estudiantes de odontología que de medicina reportaron haber tenido un adecuado conocimiento sobre la detección temprana del cáncer oral. Sin embargo, y de manera interesante, gran cantidad de estudiantes de último año de medicina y odontología (88,7% y 31,3% respectivamente) reportaron tener ausencia de un adecuado conocimiento respecto a la prevención y detección temprana del cáncer oral, y que necesitan más información respecto al tema, prefiriendo que el modo de entrega de información sea en forma de pack.

Con los resultados se puede determinar que los estudiantes de odontología tienen mayor conocimiento y conciencia en la prevención y detección temprana del cáncer oral comparados con los estudiantes de medicina.

Por todo lo mencionado, se ha estimado oportuno trasladar esta verificación profesional a nivel nacional, utilizando un cuestionario de casos clínicos, validado por un grupo de expertos de la Sociedad de Patología Oral y Maxilofacial de Chile, a estudiantes de 6° Año de la Carrera de Odontología de las respectivas universidades de Valparaíso, Santiago y Talca, determinando si poseen el suficiente conocimiento y

si éste mismo es uniforme entre las instituciones, para desempeñarse como un profesional responsable y capacitado en la materia.

Con este fin, es debido dominar las patologías orales mucosas y óseas más prevalentes que se hallarán en la base de evaluación teórico y clínico del cuestionario aplicado a los futuros profesionales.

2. Definiciones y Prevalencia de Lesiones Orales.

Se define como cavidad oral al territorio comprendido entre la mucosa de los labios y el pilar anterior del istmo de las fauces que la separa de la orofaringe. A su vez, reconocemos subsitios, los cuales son: labio, 2/3 anteriores de la lengua, piso de boca, encías, cara interna de la mejilla, triángulo retromolar y paladar duro. El epitelio que recubre a la cavidad oral es pluriestratificado y contiene en su extensión glándulas salivares menores que la mantienen lubricada. A continuación, se definen las patologías más prevalentes, y aquellas patologías que especialistas en Patología Oral consideran pertinentes dentro del conocimiento base de un Odontólogo General.

2.1 Trastornos de Mucosa Oral.

Cuando hacemos referencia a la mucosa oral, no sólo nos referimos a la encía y a la lengua, si no que a todas las estructuras blandas de la cavidad oral que son susceptibles de desarrollar algún tipo de patología, siendo las más prevalentes:

	Definición	Prevalencia	Clínica	Tratamiento
Liquen Plano. (6)	Desorden crónico inflamatorio del epitelio escamoso estratificado mediado por células T.	Mayor frecuencia en mujeres (2:1). Prevalencia del 0,5 a 2% de la población. (7)	Lesiones en la mucosa yugal a nivel de molares, lengua, encía, bermellón del labio inferior. Existen 3 tipos: <i>Reticular</i> : asintomático, caracterizado por pápulas angostas, alargadas y de distribución radial. <i>Atrófico o eritematoso</i> : zonas ulceradas, suele ser muy doloroso. <i>Erosivo o ulcerativo</i> : bulas que se rompen y ulceran.	Depende del tipo de liquen: <i>Reticular</i> : no requiere tratamiento, sólo seguimiento. <i>Atrófico y erosivo</i> : corticoides tópicos y/o corticoides sistémicos.
Candidiasis. (8)	Alteración micótica. Incluye 8 especies de hongos, siendo la más prevalente la candidiasis albicans.	Ambos sexos y cualquier edad. Más frecuente en edades extremas. (9)	Lesiones blancas en mucosa que salen al raspado, o rojo brillante (debido a atrofia), erosión e inflamación del epitelio. <i>Glositis romboidal media</i> : placa eritematosa alargada y asintomática, ubicada en la línea media de la superficie dorsal de la lengua. <i>Queilitis angular</i> : fisuras inflamatorias bilaterales sintomáticas, a nivel de las comisuras labiales. Ocurre en pacientes con disminución vertical debido a pérdida dentaria, desgaste de dientes o uso prolongado de prótesis dentales. <i>Candidiasis pseudomembranosa</i> : placas blandas, cremosas que se eliminan fácilmente, en varios puntos de la boca.	Depende de la forma clínica. En caso de glositis romboidal media y queilitis angular, se identifican y controlan los factores predisponentes, y se usa antifúngicos tópicos.
Herpes. (10)	Familia de virus que se presenta en la cavidad bucal de diferentes maneras: - <i>Gingivoestomatitis herpética primaria (GEH)</i> : cuadro típico de virosis. - <i>Herpes labial recidivante</i> : forma recurrente de GEH. - <i>Panadizo herpético</i> : auto-inoculación del	Presente en 95% de la población, sólo el 5 % lo expresa. GEH: entre 2 a 8 años. Adultos, entre 20 y 25 años, pero poco probable.	<i>GEH</i> : úlceras en toda la mucosa oral, encía, lengua y labio, e incluso es posible encontrar lesiones en la piel. Se puede extender entre 10 a 14 días. <i>Herpes labial recidivante</i> : posee fase prodrómica. Primero aparecen vesículas que se fusionan formando ampolla grande costrosa con eritema alrededor, las que tienden a romperse entre 2 a 3 días. En 7 días desaparece. <i>Herpes zoster</i> : presenta como secuela dolor post herpético en	<i>GEH</i> : maniobras paliativas. Analgésicos, antipiréticos. Para contener replicación del virus, antivirales. <i>Herpes labial recidivante</i> : antiviral de uso tópico.

	<p>virus.</p> <p>- <i>Varicela</i>: infección epidémica ocasionado por el virus herpes tipo 3.</p> <p>- <i>Herpes zoster</i>: asociado al virus herpes tipo 3.</p>		los nervios en que se aloja.	
Estomatitis Nicotínica. (11)	Hiperplasia del epitelio, causado por una inflamación crónica.	Mayor prevalencia en hombres mayores de 45 años, fumador de larga data. (12)	Zona de mucosa blanquecina, asintomática, ubicada en paladar duro como puntos eritematosos, correspondiente a las salidas de glándulas salivales menores palatinas.	Evitar el estímulo que esté provocando la alteración, en este caso dejar de fumar.
Papiloma Oral. (13)	Proliferación de tipo benigna del epitelio bucal, cuya etiología no ha sido totalmente aclarada.	Representa entre el 2-12% de todas las lesiones neoplásicas epiteliales de la cavidad oral. (14)	Lesión solitaria papilar exofítica, sésil o pedunculada, puede ser blanca o rosada. Ubicada principalmente en paladar blando, úvula, superficie ventral y dorsal de la lengua, encía y mucosa oral.	Remoción con láser o extirpación quirúrgica con márgenes de seguridad. Es posible el uso de antivirales tópicos.
Mucocele. (15) (16)	Extravasación de moco por trauma mecánico sobre los conductos de las glándulas salivales menores, lo cual genera una reacción inflamatoria e infección secundaria. Lesiones benignas más comunes de las glándulas salivales menores.	Niños y adolescentes. Sin predilección por sexo.	Se ubica en labio inferior, mucosa bucal, superficie ventral de la lengua, piso de boca, y región retro-molar. Indoloro, de superficie lisa, translúcida o de color azulado.	Escisión quirúrgica de glándulas salivales menores afectadas. En algunos casos se resuelve de forma espontánea en un corto tiempo.
Sialolitiasis. (17)	Obstrucción de los conductos excretores de glándulas salivales mayores, causadas por presencia de una o más estructuras calcificadas ovaladas o redondeadas (cálculos salivales o sialólitos).	Personas añosas. Sin predilección por sexo.	Afecta a glándula submaxilar (75%), parótida (20%) y glándula sublingual (5%). Presenta dolor y tumefacción firme que se hace presente durante la estimulación de la glándula al comer. Si la obstrucción se mantiene, habrá riesgo de infección y necrosis acinar.	Eliminar cálculo con manipulación manual, por conducto principal. Sialadenectomía y extirpación del cálculo en casos más crónicos, con degeneración acinar. Antibioterapia, analgésicos para prevenir sobreinfección y manejar el dolor.

<p>Adenoma Pleomorfo. (18) (19)</p>	<p>Tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales, también denominado como tumor mixto. Representa el 60% de los tumores de la parótida, 50% de los tumores de glándula submaxilar y 25% de neoplasias de glándula sublingual. En glándulas salivales menores, 55% se localiza en paladar, el 25% en labio superior, 10% en mucosa bucal y 10% en otras zonas.</p>	<p>Presente en 60% de los casos en personas de 3ª y 5ª década de vida. Proporción 2:1 entre hombres y mujeres.</p>	<p>Nódulo de crecimiento lento, bien delimitado, indoloro. Blando o ligeramente firme a la palpación y desplazable, no se adhiere a planos profundos; excepto en paladar, donde se puede extender a periostio y hueso subyacente.</p>	<p>Eliminación total de la glándula con el tumor.</p> <p>Los tumores del paladar duro son extirpados con periostio, dejando bordes en tejido sano. En otros sitios orales, se realiza enucleación a través del sitio de la incisión.</p>
<p>Carcinoma Espinocelular (CEC). (20) (21)</p>	<p>Neoplasia maligna del epitelio plano estratificado de etiología multifactorial, entre sus factores predisponentes se encuentra el tabaco, alcohol e infección por virus papiloma.</p>	<p>Relación 2:1 entre hombres y mujeres. Afecta mayormente a personas sobre cuarta década de vida.</p> <p>Es el 3% de todos los cánceres, siendo CEC el 90% de los casos. En Estados Unidos, la sobrevida es de 61,5%.</p>	<p>Etapa final de displasia epitelial precedido por placas blancas, eritematosas o combinadas. Puede producir proliferación destructiva local y metástasis a distancia.</p> <p>Se ubica en el labio inferior, cara lateral y ventral de lengua, piso de boca, y parte posterior del paladar blando.</p> <p><i>Estadio Temprano:</i> se observa lesión leucoplásica, eritroplásica, leucoeritroplásica o una úlcera pequeña asintomática.</p> <p><i>Etapas más avanzadas:</i> presentarse como una masa exofítica o endofítica, con borde irregular, indurada firme con pérdida de movilidad del tejido y de fondo sucio, el dolor es común en estadios avanzados.</p>	<p>Multidisciplinario por ser un paciente oncológico. Existen diferentes modalidades de tratamiento: cirugía, radioterapia y quimioterapia, que pueden ser aplicadas en conjunto o por sí solas.</p>
<p>Granuloma Piógeno. (22) (23)</p>	<p>Lesión de tipo hiperplásica benigna que corresponde a proliferación reactiva de crecimiento rápido de las células endoteliales, generalmente en respuesta a una irritación crónica o trauma. Se le conoce como tumor del embarazo.</p>	<p>Afecta mayormente al sexo femenino durante pubertad, embarazo (segundo y tercer trimestre) y menopausia, por cambios hormonales.</p>	<p>Masa de color rojo, rosado o púrpura, con pseudomembrana grisácea sobre superficie secundaria a la ulceración del epitelio. De crecimiento rápido, pedunculados o de base ancha, de tamaño variado.</p> <p>Indoloro, tiende a sangrar ante el menor trauma. Preferencia en maxilar superior, asociados a encía (papila interdental). También en lengua, labios y mucosa bucal.</p>	<p>Extirpación quirúrgica con legrado minucioso al tejido subyacente para disminuir riesgo de recidiva.</p> <p>Excluir cualquier factor etiológico local como cálculos, mejorar la higiene oral.</p>

Tabla I: Lesiones más prevalentes de la mucosa oral.

2.2 Trastornos de Huesos Maxilares.

Cuando hablamos de lesiones de tejido duro, hacemos referencia a aquellas patologías que pudiesen estar presentes tanto en dientes como hueso, dentro de estas podemos encontrar:

	Definición	Prevalencia	Clínica y Radiología	Tratamiento
Quiste Radicular. (24) (25)	Llamado también quiste periapical o quiste periodontal apical. Precedido por un granuloma periapical crónico y estimulación de los restos de Malassez presentes en membrana periodontal.	Afecta a personas entre tercera y sexta década de la vida, más a hombres. Tipo más frecuente de quiste odontógeno de origen inflamatorio. Representa la mitad del total de quistes orales.	En maxilar superior, sector anterior, seguido por sector posterior; luego afecta a mandíbula en sector posterior, y finalmente el sector anterior. Asintomáticos. RX: hallazgo radiográfico. Radiolúcidez semicircular asociada a la raíz de un diente desvitalizado. Reabsorbe hueso, pero no expande tablas óseas.	Enucleación tras la exodoncia, legrado del epitelio de zona apical del diente. En casos más complejos (anomalía persistente) se realizará apicectomía. Realizar biopsia para asegurar un diagnóstico certero. (26)
Quiste Dentígero. (27) (28)	Deriva del epitelio reducido del esmalte, donde un estímulo crea un espacio entre este epitelio y la superficie del esmalte acumulando líquido alrededor de la corona dental. (29)	Presente mayormente en adultos jóvenes.	Lesión que se forma rodeando la corona de un diente incluido. Relacionado con terceros molares y caninos superiores. RX: radiolúcidez bien circunscrita. Expone una capa cortical lo que indica un crecimiento lento y uniforme.	Enucleación quirúrgica, acompañado de exodoncia en caso de molares.
Tumor Odontogénico Queratoquístico. (TOQ) (30) (31)	Tumor benigno, de comportamiento potencialmente agresivo y de alta recurrencia. (32)	Representa el 4-12% de los quistes odontogénicos. Entre 2° y 3° década de vida, caucásicos de sexo masculino.	Ubicado en mandíbula, principalmente ángulo y rama mandibular. Puede existir desplazamiento dentario. La mucosa que lo recubre es de aspecto normal. Hay expansión ósea con consecuente asimetría facial en tumores de más de 2 cms., lo que puede provocar dolor a la masticación o a la percusión de los dientes involucrados en el tumor. Múltiples TOQ se relacionan con Síndrome del Carcinoma Nevóide de Células Basales ó Síndrome de Gorlin-	Enucleación o resección quirúrgica, dependiendo de la extensión de la lesión.

			<p>Goltz.</p> <p>RX: lesión única bien definida con márgenes lisos o festoneados, radiolúcida multilocular o poliquístico, con un borde cortical fino.</p>	
<p>Odontoma. (33) (34)</p>	<p>Tumor odontogénico hamartomatoso, asociado a traumatismos durante primera dentición, procesos inflamatorios o infecciosos, anomalías hereditarias (síndrome de Gardner, síndrome de Hermann), hiperactividad odontoblástica o alteraciones en el gen de control del desarrollo dentario. (35)</p>	<p>Entre la 1° y 2° década de la vida.</p>	<p>En región anterior de maxila y mandíbula, relacionados a dientes no erupcionados que contiene tejidos dentales en forma de diente (compuesto) o como una masa nudosa (complejo).</p> <p>RX: lesión unilocular y con estructuras radiopacas múltiples.</p>	<p>Quirúrgico. Enucleación de todos los componentes y biopsia. Defecto óseo puede ser rellenado con hueso autólogo, u otro tipo de sustituto óseo para evitar el espacio muerto y el crecimiento invertido de la mucosa. Posible recidiva, al retirarlos incompletamente o en etapa en que no están calcificados.</p>
<p>Ameloblastoma. (36) (37)</p>	<p>Tumor odontogénico benigno, de origen epitelial, el cual es localmente agresiva y potencialmente metastásico. Es polimórfica, comúnmente tiene un patrón folicular o plexiforme, en un estroma fibroso.</p>	<p>Entre 4° y 5° década de la vida (pacientes mayores de 25 años de edad).</p> <p>Sólido multiquístico es la forma más prevalente de esta lesión.</p>	<p><i>Uniquístico:</i> puede ser intraluminal, luminal, mural o intramural, en relación con quiste dentífero. Es la transformación de un revestimiento quístico normal o surge a partir de residuos epiteliales odontógenos preexistentes.</p> <p><i>Sólido multiquístico:</i> se originan de novo, o a partir de subtipos clínicos uniquístico y extraóseo, que han permanecido sin tratamiento. Crecimiento periférico invadiendo tejido local y destruyendo hueso. Lesiones no son encapsuladas.</p> <p><i>Extraóseo o periférico:</i> se localizan en área gingival y en mucosa alveolar. Asintomático, con aspecto de nódulos sésiles de la encía, firmes, superficie lisa y coloración normal.</p>	<p>Resección marginal (en bloque), hemimandibulectomía o hemimaxilectomía según la extensión.</p>

			<p><i>Desmoplástico:</i> variante histológico del multiquístico. Predomina estroma tumoral, el cual es fibroso-denso y en sectores colagenizado. Los islotes de epitelio odontogénico aparecen de forma variada, con células periféricas en su mayoría cuboides y núcleo hiper cromático, las centrales, son de aspecto fusiforme o escamoso. Preferencia por penetrar en hueso trabecular circundante y no ser detectado.</p> <p>RX: área radiolúcida multiloculada como “burbujas de jabón”, no poseen línea nítida de demarcación. (38)</p>	
<p>Torus o exostosis. (39) (40)</p>	<p>Protuberancia nodular de hueso maduro, de origen hereditario.⁽⁴¹⁾</p>	<p>Personas en 3º década de la vida, mayoritariamente en mujeres.</p>	<p>De origen óseo, ubicado principalmente en el paladar, región lingual de la mandíbula y vestíbulo del hueso alveolar.</p> <p>RX: opacidad cuando es de gran tamaño.</p>	<p>Exéresis si es indicado.</p>

Tabla II: Lesiones más prevalentes de hueso alveolar.

2.3 Perfil del Odontólogo.

2.3.1 A nivel Mundial.

La profesión dental tiene una posición esencial de confianza dentro de la sociedad, basado en el compromiso y ética por parte del profesional de salud. Para esto, se ha creado un "Código ADA", el cual es una expresión escrita de las obligaciones entre el odontólogo y la sociedad definidos por altos estándares éticos de conducta, donde sus miembros se comprometen a respetar lo ya establecido.

Este código se basa en tres componentes principales:

- Los principios de la ética.
- El código de conducta profesional.
- El código de opiniones consultivas.

Asimismo, existen cinco principios fundamentales que forman la base del Código ADA:

- Paciente.
- Autonomía.
- No maleficencia
- Beneficencia.
- Justicia y veracidad.

Según la ADA "Aunque la ética y la ley están estrechamente relacionados, no son lo mismo. Las obligaciones éticas pueden, y a menudo lo hacen, exceder deberes legales. En la resolución de cualquier problema ético no cubierto explícitamente por el Código ADA, los dentistas deben considerar los principios éticos, las necesidades y los intereses del paciente y cualquier ley aplicable"

Además, dentro de este código, la ADA hace referencia no solo a la parte ética y legal de esta profesión, sino que también menciona cuales son las obligaciones y requerimientos básicos para poder desempeñarse como odontólogo general, y en base a esto expone en su código de conducto profesional: "El privilegio de los dentistas para que se conceda el estatus profesional se basa principalmente en el conocimiento, la habilidad y la experiencia con la que sirven a sus pacientes y la sociedad. Todos los dentistas, por lo tanto, tienen la obligación de mantener actualizado sus conocimientos y habilidades". En caso de necesitar una segunda opinión o requerir de un especialista, la ADA expone "Los dentistas están obligados a buscar una segunda opinión, si es posible, siempre que el bienestar de los pacientes sea salvaguardado por aquellos que tienen las habilidades, conocimientos y experiencia adecuada", logrando así que el paciente reciba una atención adecuada y de calidad según sus propios requerimientos.

Cabe destacar que en este código la ADA hace referencia a informar a sus pacientes sobre su condición de salud oral real y completa, teniendo cuidado de que esta información sea veraz y justificada según estudios y experiencia clínica, y en lo posible, incluir consultas con otros profesionales, para así poder determinar en qué

circunstancias y condiciones se llevará a cabo el mejor tratamiento para dicha situación.

Este reglamento se encuentra en constante evolución y es el resultado de un continuo diálogo entre la profesión y la sociedad. ⁽⁴²⁾

Patología y Medicina Oral.

Los programas poseen como finalidad preparar a los odontólogos de especialidad en patología y medicina oral, para el diagnóstico y tratamiento de los problemas orales más complejos presentes en la población, además de gestionar condiciones orales y enfermedades en pacientes sistémicamente comprometidos con manifestaciones orales producto de inmunodeficiencias primarias o adquiridas, manejar disfunciones tanto de las glándulas salivales, mucosa oral, lengua, paladar y tejido duro. ⁽⁴³⁾

En Europa.

En el último tiempo se reconoció la necesidad de estandarizar la educación recibida por los profesionales en todos los ámbitos, incluyendo la educación en Odontología debido al libre tránsito de los profesionales para ejercer su trabajo en los estados, partes de la Unión Europea. Es por ello que en 1995, la Comisión de Comunidades Europeas adoptó una directiva desde el Parlamento y el Consejo Europeo sobre el reconocimiento de las cualidades profesionales para la profesión de Odontología estipulando que:

“Todos los estados miembros deben reconocer la profesión de odontología como una profesión distinta a la práctica de medicina, esté o no especializado en odontoestomatología. Los estados miembros deben garantizar que el entrenamiento dado a los grupos de practicantes de odontología cuente con las habilidades necesarias para prevención, diagnóstico y tratamiento relacionado a las anomalías y enfermedades de los dientes, boca, maxilares y tejidos asociados. La actividad profesional del practicante de odontología deberá ser guiada por un odontólogo profesional calificado por esta directiva. Se afirma, además, que la educación odontológica comprenderá al menos un total de 5 años de tiempo completo de estudio teórico y práctico, que comprende un determinado estudio en una universidad o instituto calificado.”

En el año 1999, 29 Ministros de educación de los países de la Unión Europea firmaron la Declaración de Bologna, mediante la cual dieron inicio a un proceso cuyo objetivo era armonizar y dar una homogenización, mediante una estructura común a los sistemas de educación superior entre los países europeos. En cuanto a Odontología, hay dos organismos encargados de realizar y guiar dicha labor, y corresponden a la “Association for Dental Education in Europe (ADEE)” y a la red temática DentEd.

La ADEE es una prestigiosa organización, que ha estado desde 1975 guiando un proceso para fomentar el profesionalismo en la Odontología. Aproximadamente 160

Escuelas e Institutos forman parte de esta organización. Su prestigio es tal, que continúa cumpliendo el rol de representar de forma oficial a las Escuelas/Instituciones de la Unión Europea. Por otro lado, la Red Temática DentEd se fundó en Bruselas, con el fin de reunir las diferentes mallas curriculares y transferir toda la información de las Escuelas/Instituciones de Odontología para la ADEE (incluyendo sistemas de garantía de calidad, actividades, visitas al establecimiento, etc.). Con el proyecto III desarrollado por DentEd, se obtuvo el documento denominado “Profile and competences for the graduating european dentist (PCD)”, el cuál fue entregado a la ADEE y aprobado por la Asamblea General de la ADEE, para ser publicada en el “European Journal of Dental Education” en Agosto de 2005. Posteriormente, se realizó una revisión en un “Meeting of the working groups” en Birmingham en Mayo de 2008, considerando las opiniones y críticas constructivas de varios ministros de salud y asociaciones de diferentes disciplinas.

Por tanto, en los países que forman parte de la Unión Europea, las mallas curriculares de las Escuelas/Instituciones que imparten la profesión de Odontología deben guiarse por las competencias principales que el PCD establece. El documento PCD estipula siete Dominios orientados de forma interdisciplinaria que debe manejar un Estudiante a punto de egresar de Odontología. Cada dominio consta de Competencias/Habilidades principales, las cuales deberán ser enseñadas y potenciadas en cada malla curricular, y Competencias/Habilidades de apoyo, las cuales son opcionales para cada Escuela/Institución según las necesidades de su población, pero que sin duda si se refuerzan durante la enseñanza, le dan un mejor sello de calidad a la educación de las Escuelas/Instituciones de Odontología.

En general, el recién graduado de Odontología durante su formación debe desarrollar un pensamiento crítico que debe aplicar frente a diferentes situaciones, con pacientes de diferentes edades y antecedentes psicológicos, étnicos, socio-culturales dentro de una población dada, debe ser capaz de realizar una adecuada historia clínica mediante la anamnesis (tomando en cuenta enfermedades sistémicas y medicación actual), examen clínico extraoral e intraoral; reunir todos los antecedentes disponibles, pedir los exámenes complementarios que se requieran, formular hipótesis diagnósticas y diagnósticos certeros, conocer la amplia posibilidad de tratamientos para las diversas patologías tomando en cuenta los deseos y expectativas del paciente y así generar un plan de tratamiento, dar tratamiento en base a conocimiento científico, derivar a los pacientes de forma oportuna al odontólogo especialista o médico adecuado, reconocer tanto sus habilidades cómo sus limitaciones, estar consciente de la necesidad de continuar educándose con el deseo de mejorar y actualizarse en el ámbito de la Odontología; también desarrollar habilidades blandas como saber tomar decisiones, liderazgo, trabajo en equipo, capacidad de comunicación verbal y escrita con el equipo de salud odontológica, con otros profesionales, con el laboratorio, con el paciente (relación paciente-dentista) y sus familiares. Asimismo, como se indica en el dominio I “Profesionalismo”, Competencia principal “Ética y jurisprudencia” del PCD, el dentista a punto de graduarse debe conocer y entender las responsabilidades morales y éticas involucradas en la entrega de atención a los pacientes de forma individual, a la

población y a la comunidad, debe conocer las leyes que rigen su profesión, reconocer los derechos y deberes de los pacientes, resguardando la confidencialidad y utilizando el documento de consentimiento informado. El recién graduado de Odontología debe estar capacitado para educar a la población acerca de las medidas básicas para mantener buena salud oral, haciendo partícipe y responsable al paciente en cuanto al estado de su salud oral, mediante actividades de prevención y promoción de la salud. ⁽⁴⁴⁾

Patología y Medicina Oral en Europa.

En el encuentro N°38 de la “Scandinavian Fellowship for Oral Pathology and Oral Medicine (SFOPOM)” realizado en Estocolmo en el año 2009 acordaron que el dentista debería ser capaz de:

- Sintetizar un diagnóstico, reconocer diagnósticos diferenciales, y dar un pronóstico de enfermedades comunes y trastornos de la mucosa oral, dientes, maxilares, y glándulas salivales.
- Comprender los procesos moleculares y celulares, etiología, patogénesis, y clasificaciones de enfermedades/trastornos de la mucosa oral, dientes, maxilares y glándulas salivales.
- Evaluar (reaccionar, tratar, prevenir, y/o derivar) enfermedades y trastornos en el área maxilofacial y manifestaciones maxilofaciales de enfermedades sistémicas y trastornos médicos sobre la base de la presentación clínica, exámenes complementarios y/o diagnóstico histológico.
- Tomar biopsias en el tejido blando de lesiones presumiblemente benignas.
- Ser capaz de tener una comunicación profesional detallada con otros profesionales de la salud (oralmente y escrita).

Durante el Meeting de la SFOPOM en Copenhague 2008 y Estocolmo 2009, 15 sujetos representantes de las áreas de Patología Oral y Medicina Oral de 14 Universidades asociadas a la “Scandinavian Fellowship for Oral Pathology and Oral Medicine (SFOPOM)” realizaron un trabajo, cuyo título es “Scandinavian Fellowship for Oral Pathology and Oral Medicine: Statement on oral pathology and oral medicine in the European Dental Curriculum”, en el cual analizaron y comentaron el contenido de Patología Oral y Medicina Oral, mencionado en el “Profile and Competences for the European Dentist (PDC)”. Como resultado de este trabajo, surgieron 18 sugerencias para agregar y 2 modificaciones de redacción para el PDC, que se espera que en una nueva revisión del PDC sean consideradas. Por ejemplo:

- Dominio I “Actitudes y comportamiento profesional”, la SFOPOM enfatiza la importancia de considerar la salud oral en una perspectiva general, considerando etnia, factores sociales, estilos de vida, etc., que puedan afectar el estado de la salud oral y su posible tratamiento.
- Dominio V “Clinical Information Gathering”, agregan que para realizar una correcta examinación de la mucosa, el dentista debe saber cuándo y dónde una biopsia está indicada, ser capaz de tomar la biopsia, y ser capaz de comprender e interpretar el resultado del examen.
- Dominio V “Diagnosis and Treatment Planning”, se agrega que el dentista debe ser capaz de reconocer las características clínicas de las anomalías

de la mucosa y de las glándulas salivales, y reconocer las características clínicas y radiográficas de las anomalías en maxilares.

- Dominio VI “Therapy: Establishing and Maintaining Oral Health” agregan que el dentista debe diagnosticar y manejar las enfermedades y trastornos comunes de la mucosa oral, glándulas salivales y maxilares, conocer los factores de riesgo de los medicamentos y sus interacciones con otras drogas, participar en el diagnóstico y derivar oportunamente al paciente con enfermedades en la mucosa oral complicadas o potencialmente mortales incluyendo el Cáncer Oral. ⁽⁴⁵⁾

2.3.2 A nivel Nacional.

El estudiante de odontología, debe poseer el conocimiento científico y técnico, dominar competencias generales y específicas para ejercer su profesión ética y responsablemente con el fin de satisfacer las necesidades de la comunidad.

Debe ser capaz de examinar, diagnosticar, tratar enfermedades y derivar cuando sea pertinente, tener poder de decisión, autocrítica y poder actuar frente a situaciones de emergencia que lo ameriten. Poder interactuar, escuchar y comprender al paciente.

Debe demostrar aptitudes básicas en el área de la salud y manifestar interés por los problemas de salud oral y general de las personas y la comunidad. Tener la disposición para ayudarlo, demostrando una clara vocación de servicio.

En este sentido, debe ser capaz de promover la salud y prevenir enfermedades de manera integral tanto a nivel individual como comunitario, determinar y diagnosticar de manera íntegra considerando antecedentes no sólo bucales, sino que también sistémicos. Entregar diferentes formas de tratamiento en base a las necesidades de cada paciente y que este sea ejecutado de manera ética, coherente y basada en la evidencia científica. Asimismo, al estar inmerso en el campo científico de la salud y la tecnología, debe ser capaz de desarrollar habilidades científicas de investigación con fines de ayuda a la comunidad. ^{(46) (47) (48)}

Cabe mencionar que en el año 2003, la comisión nacional de acreditación de pregrado de Chile, publicó un documento denominado “Criterios de evaluación de Carreras de Odontología”, el cual posteriormente y de acuerdo a lo establecido en la Ley 20.129 y a lo acordado en la séptima sesión de CNA-Chile, fue actualizado el 7 de marzo de 2007. En éste se expone el perfil que debería tener cada profesional egresado de la carrera de odontología de cualquier universidad de Chile. El documento expone que todo alumno egresado de la carrera de odontología debe tener conocimientos científicos básicos de la salud oral y estar en constante búsqueda de nuevos conocimientos, debe realizar acciones tanto para la protección de la salud como para recuperar el estado de normalidad siempre que le sea competente.

Según la comisión de acreditación de pregrado: “La carrera deberá formar un egresado capaz de:

- Aplicar un pensamiento lógico y abstracto.
- Comprender y aplicar los procesos biopsicosociales que participan en el funcionamiento del organismo humano y la dinámica de los cambios que opera en ellos.
- Analizar la realidad con rigor científico.
- Adecuado nivel de dominio de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para un correcto accionar profesional. ⁽⁴⁹⁾

Patología y Medicina Oral en Chile.

Las anomalías dentomaxilofaciales y las maloclusiones constituyen en conjunto la tercera patología de importancia en odontología. Al hablar de patología y medicina oral, se hace referencia a una de las especializaciones de la carrera, la cual está encargada del diagnóstico y manejo de todo tipo de trastornos presentes en la cavidad oral que pudieran estar afectando tanto los tejidos duros como blandos, lesiones que pudiesen ser consecuencia de enfermedades sistémicas, expresiones de alguna infección local o general, consecuencia de malformaciones e incluso, efectos adversos del consumo de alguna sustancia.

Según la Universidad de Valparaíso, un especialista en patología y medicina bucal es: “Un especialista de alta exigencia en las áreas del conocimiento y de la gestión diagnóstica”.

Todo profesional titulado de Patología y Medicina oral debe:

- Realizar diagnósticos, considerando aquellos signos clínicos, radiológicos, microscópicos, bioquímicos, histopatológicos e incluso, aquellos de tipo epidemiológicos.
- Manejar todos los posibles tratamientos para cada una de las lesiones presentes en la cavidad oral y el sistema estomatognático.
- Planificar, organizar y ejecutar servicios de patología oral pública y particular.

Finalmente, al estar inmerso en el campo científico de la salud y la tecnología, debe ser capaz de desarrollar habilidades científicas de investigación con fines de ayuda a la comunidad. ⁽⁵⁰⁾

III PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

1. Pregunta de Investigación.

¿Cuál es el nivel de conocimiento de patología oral en los estudiantes de odontología que se encuentran próximos a egresar de universidades de la zona central de nuestro país?

2. Objetivos Generales.

Reconocer el nivel de conocimiento en patología oral de los estudiantes del penúltimo o último año curricular de escuelas de odontología de la zona central del país.

3. Objetivos Específicos.

- 3.1** Reconocer el nivel de conocimiento en patología oral de los estudiantes del penúltimo o último año académico curricular de escuelas de odontología de la zona central del país.
- 3.2** Evaluar asertividad diagnóstica en trastornos de la mucosa oral y de los huesos maxilares.
- 3.3** Reconocer tendencia en indicación de biopsia en trastornos de la mucosa oral y huesos maxilares.
- 3.4** Reconocer tendencia en indicación de exámenes complementarios en trastornos de la mucosa oral y huesos maxilares.
- 3.5** Describir asertividad diagnóstica según tipo de trastorno (agudo, óseo y tumoración de tejido blando).

IV MATERIALES Y MÉTODOS

1. Diseño del Estudio.

El estudio se ajusta a la categoría de estudio descriptivo observacional de corte transversal.

2. Universo.

Estudiantes de último año de la Carrera de Odontología en escuelas de la zona central de Chile.

3. Población de Estudio.

Estudiantes de penúltimo o último año de la Carrera de Odontología de las universidades que quisieron participar en nuestra investigación, ubicadas en las regiones de Valparaíso, Santiago y Talca.

4. Selección y Tamaño de Muestra.

Aun cuando la intención del estudio era realizar un Censo en estudiantes que se encontraban cursando el último año regular de la carrera, en definitiva se realizó un muestreo a partir de voluntarios que se encontraban con su plan curricular al día y que estaban cursando el penúltimo o último año de la carrera durante el año 2016, de las universidades de la zona central que aceptaron la invitación a participar. Por lo tanto, el muestreo fue de tipo no probabilístico por agrupación decisional.

El tamaño de la población de estudio corresponde al total de matriculados este año 2016, determinada por 255 de alumnos, de los cuales participaron voluntariamente 184 de estos mismos (72,15% de la población de estudio).

Universidades	Alumnos Matriculados	Alumnos Voluntarios	Porcentaje de estudiantes participantes.
Universidad Valparaíso	69	51	73,9%
Universidad de Viña del Mar	47	11	23,4%
Universidad Nacional Andrés Bello	48	38	79,1%
Universidad Mayor	91	84	92,3%
Total	255	184	72,1%

Tabla III: Porcentaje de Alumnos participantes.

4.1 Criterios de Inclusión.

Estudiantes matriculados y que estén cursando el penúltimo o último Año de la Carrera de Odontología en las facultades de las universidades de las ciudades de Valparaíso, Santiago y Talca, en el año 2016, que asistan y participen voluntariamente el día correspondiente a la aplicación del cuestionario.

5. Marco Espacio – Temporal.

El muestreo se ejecutó durante el primer semestre del año 2016, en las ciudades de Valparaíso y Santiago, antes de que los estudiantes de odontología ingresaran a la etapa de Internado.

De las 12 facultades invitadas a participar en el estudio mediante correo electrónico, respondieron cordialmente 7 de ellas. Sin embargo, se concretó la visita sólo en 4 facultades:

- Universidad de Valparaíso, se realizó la visita el día Lunes 16 de Mayo de 2016.
- Universidad Viña del Mar, se realizó la visita el día Miércoles 18 de Mayo de 2016.
- Universidad Andrés Bello, se realizó la visita el día Miércoles 18 de Mayo de 2016.
- Universidad Mayor, Sede Santiago; se realizó la visita en día Miércoles 1 de Junio de 2016.

Se aplicó el Cuestionario a quienes estaban presentes y desearon participar, previa firma del consentimiento informado diseñado para la ocasión.

6. Variables.

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Universidad de estudio.	Cualitativa Nominal Policotómica.	Institución de enseñanza superior en la cual el alumno de odontología cursa sus asignaturas.	Institución de enseñanza superior en el cual el encuestado estudia actualmente y cursa 6º año.
Diagnóstico	Cualitativa Nominal Policotómica.	Reconocimiento correcto de una lesión oral en posesión de los elementos diagnósticos necesarios.	Reconocer correctamente la patología oral a través de una anamnesis y descripción de una lesión con apoyo imagenológico.
Biopsia	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra parcial o total de tejido para ser examinada histopatológicamente.	Conducta del estudiante definiendo en "SI" o "NO" considera necesario realizar una biopsia y si ésta es realizada por él mismo o si es derivado a otro profesional.
Exámenes Complementarios.	Cualitativa Nominal Policotómica.	Conjunto de estudios que aportan valiosa información al análisis clínico, ya sea para confirmar o dar mayor certeza al diagnóstico de una patología en cuestión.	Conducta del estudiante definiendo si considera necesario o no solicitar algún tipo de examen complementario y especificando cual en el caso que lo considere pertinente.
Conocimiento en Patología Oral.	1. Cualitativa Ordinal Tricotómica. 2. Cuantitativa Continua.	Conjunto de información almacenada mediante el aprendizaje o experiencia del profesional, de las alteraciones manifestadas en las región maxilofacial.	Nivel de conocimiento que será medido a través de un cuestionario que una vez evaluada nos dará resultados en función de: 1. Niveles de logro: LOGRADO, MEDIANAMENTE LOGRADO, NO LOGRADO.

Tabla IV: Análisis de Variables.

7. Método de Obtención de Muestra e Instrumento de Medición para la Recolección de Datos.

Como instrumento de medición aplicamos un cuestionario, herramienta validada en el trabajo de investigación: "Validación de la herramienta de evaluación de conocimientos en patología oral para el odontólogo", dirigida por el mismo docente a cargo de nuestro estudio, el año 2014. No obstante, en este trabajo se actualizó la anamnesis y la imagen del caso número 16 que había provocado elementos de conflicto entre los expertos de la Sociedad de Patología Oral y Maxilofacial de Chile, validándose con los docentes de la Cátedra de Patología Oral de la Universidad de Valparaíso.

En esta evaluación se preguntaron los datos personales del encuestado (sexo, edad, universidad a la que pertenece); 16 casos clínicos de los cuales se incluyó el apoyo gráfico correspondiente (fotografías de las patologías, clínicas y de exámenes imagenológicos), y 5 preguntas por cada caso clínico, enfocadas en el diagnóstico, solicitud de biopsias, exámenes complementarios y la actitud clínica frente al caso,

obteniendo un total de 80 preguntas por cuestionario. Este instrumento se aplicó en aula, previamente coordinado vía correo electrónico con el docente a cargo de cada facultad.

Tras realizar una revisión de estudios de prevalencia, seleccionamos aquellas patologías del tejido mucoso, glandular y óseo, y aquellas que a pesar de no tener alta prevalencia fueron acotadas por profesionales expertos en patología oral (Anexo N°1 Cuestionario), las cuales evaluamos en el Cuestionario aplicado a los alumnos participantes.

8. Análisis de Rendimiento.

Para analizar los resultados de la evaluación, traspasamos cada una de las respuestas de los alumnos participantes a un archivo de Microsoft Office Excel. Por cada alumno se tabuló un total de 80 respuestas (5 preguntas por cada caso, con un total de 16 casos clínicos). Una vez realizado lo descrito, se procedió a evaluar cada respuesta asignándole un código a cada pregunta de cada caso clínico:

Tópicos a evaluar.	Parámetros
Diagnóstico.	1. Correcta. 2. Incorrecta.
Indicación de Biopsia.	1. Correcto. 2. Incorrecto.
Solicitud Exámenes complementarios.	1. Correcto. 2. Incorrecto.
Actitud Clínica.	1. Correcto. 2. Incorrecto.
Maniobras. Indicaciones, recetas, orientación.	1. Correcto. 2. Incorrecto.

Tabla V: Tópicos y parámetros a evaluar.

A continuación, se muestra el análisis de rendimiento realizado de forma más detallada.

8.1 Análisis del puntaje global.

La prueba consta de un máximo de 80 puntos distribuidos en 16 ítems correspondientes a los casos clínicos. Cada ítem se compone de 5 puntos a lograr. Para obtener la calificación utilizamos un PREMA de 60% para el cálculo del puntaje total con el cual obtuvimos una nota representada en porcentajes, lo que luego se tradujo en No logrado, Medianamente logrado y Logrado.

8.2 Análisis por ítems.

Cada ítem fue evaluado de forma individual asignándole un puntaje equivalente a 5 puntos, lo que luego se tradujo a una nota utilizando un Prema 60%, con el cual comparamos el conocimiento de cada patología en particular entre los estudiantes

de las diferentes universidades. De igual forma en el análisis del puntaje global, cada nota se clasificó en No logrado, Medianamente logrado y Logrado.

8.3 Análisis por presentación clínica.

Clasificamos los casos clínicos del Cuestionario en; Trastorno Agudo, Patología Ósea, Hamartoma y Tumoración de Tejido Blando, según corresponde. Con esto realizamos un análisis del rendimiento según el tipo de trastorno de dicha clasificación. De igual manera, le asignamos un PREMA 60%, lo que nos permitió clasificarlo en No logrado, Medianamente logrado y Logrado.

Análisis de Puntaje Global.	
Puntaje máximo.	100%
Logrado.	Entre 80 – 100%
Medianamente logrado.	Entre 60 y 79%
No logrado.	Entre 59 y 0%

Tabla VI: Análisis de puntaje global.

Análisis por Ítem.				
	Diagnóstico	Biopsia	Ex. complementarios	Actitud clínica
Puntaje máximo.	100%	100%	100%	100%
Logrado.	Entre 80 – 100%	Entre 80 – 100%	Entre 80 – 100%	Entre 80 – 100%
Medianamente logrado.	Entre 60 – 79%	Entre 60 – 79%	Entre 60 – 79%	Entre 60 – 79%
No logrado.	Entre 59% y 0%	Entre 59% y 0%	Entre 59% y 0%	Entre 59% y 0%

Tabla VII: Análisis de puntaje por ítem.

Análisis por Presentación Clínica.				
	Trastornos agudos.	Patologías óseas.	Tumor de tejido blando.	Hamartoma
Puntaje máximo	100%	100%	100%	100%
Logrado	Entre 80 – 100%	Entre 80 – 100%	Entre 80 – 100%	Entre 80 – 100%
Medianamente logrado.	Entre 60 – 79%	Entre 60 – 79%	Entre 60 – 79%	Entre 60 – 79%
No logrado	Entre 59% y 0%	Entre 59% y 0%	Entre 59% y 0%	Entre 59% y 0%

Tabla VIII: Análisis por presentación clínica.

9. Validación de Instrumento de Medición.

Como se mencionó anteriormente, nuestra investigación se basa en dos estudios realizados con anterioridad en los cuales se midió el nivel de conocimientos de patología oral en diferentes grupos poblacionales. Estos trabajos de investigación corresponden a “Nivel de conocimiento en patología oral de los odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso” y “Validación de la herramienta de evaluación de conocimientos en patología oral para el odontólogo”, ambas dirigidas por nuestro docente a cargo. A partir de éstos, se logró la validación del instrumento de evaluación, el cual aplicamos en nuestro trabajo de investigación. Sin embargo, del total de preguntas que consta el cuestionario utilizado, una de ellas (Caso clínico N°16), provocó dificultades en las respuestas obtenidas, por lo que se evaluó y validó con los docentes de la Cátedra de Patología Oral de la Universidad de Valparaíso, para que el estudio lograra demostrar resultados lo más fidedignos posibles y no nos llevase a un sesgo.

Validamos el Ítem número 16, tanto la anamnesis del caso clínico como la imagen de apoyo, mediante un panel de expertos en patología oral. Quienes conformaron este panel fueron los docentes de la Cátedra de Patología Oral de la Universidad de Valparaíso. Este proceso se llevó a cabo durante el mes de Marzo, en el cuál se escogió un caso clínico adecuado para la evaluación.

10. Análisis Estadístico.

El análisis estadístico tuvo la finalidad de realizar un estudio netamente descriptivo en base al rendimiento del grupo de alumnos participantes, acerca del conocimiento de los trastornos orales más prevalentes y/o acotados por expertos pertenecientes a la Sociedad de Patología Oral y Maxilofacial de Chile. Sin embargo, no consideramos la pregunta número 5 de cada caso clínico (relatar maniobras, indicaciones u orientaciones) por dificultar la sistematización y análisis al respecto.

El análisis de cada caso clínico incorporó cuatro preguntas correspondientes a las siguientes categorías:

- Diagnóstico: relacionado con la identificación de la lesión o patología utilizando la anamnesis y apoyo imagenológico respectivo, entregados a cada estudiante.
- Toma de Biopsia: referido a la decisión pertinente del alumno de realizar biopsia según el caso clínico, independientemente de que si era realizado por el mismo alumno o derivado a otro profesional.
- Exámenes Complementarios: que está relacionado en que si el alumno consideró solicitar los exámenes complementarios concernientes al caso clínico, excluyendo maniobras quirúrgicas, contempladas en el ítem anterior.
- Actitud Clínica: referido a la decisión del alumno de controlar, derivar y/o realizar personalmente el tratamiento.

Para realizar este análisis, primeramente traspasamos las respuestas de cada alumno de forma textual, de todas las universidades que participaron a una plantilla de Microsoft Office Excel, la cual constituyó la base de datos sobre la cual aplicamos nuestro estudio.

Posterior a ello, codificamos las universidades (para que no haya conflicto de interés ni de publicidad) y unificamos aquellas respuestas orientadas al mismo concepto, mediante una tabla dinámica que permitió realizar dicha actividad con mayor rapidez, utilizando los mismos criterios para las cuatro universidades. Ya ejecutado este procedimiento, observamos la lista resultante de éstas y en conjunto con el docente guía Dr. Rodrigo Fuentes Cortés, clasificamos estas respuestas en correctas e incorrectas. Dentro de las respuestas correctas se aceptaron aquellas pertinentes o bien orientadas según cada caso clínico.

V RESULTADOS.

1. Antecedentes generales del grupo en estudio.

Con el fin de obtener información respecto a características propias del grupo en estudio se realizó el siguiente análisis que consideró las variables Sexo, Edad, Año Académico y Universidad (Tabla VII).

Universidad	Año Académico	Sexo				Edad		
		Femenino N	Femenino %	Masculino N	Masculino %	Femenino Promedio Edad	Masculino Promedio Edad	General Promedio Edad
Universidad de Valparaíso	6° Año	29	56,86	22	43,12	25,07	25,45	25,24
Universidad Viña del Mar	5° Año	9	81,82	2	18,18	24,80	29,00	25,64
Universidad Andrés Bello	6° Año	24	63,16	14	36,84	25,21	25,14	25,18
Universidad Mayor	5° Año	53	63,1	31	36,9	23,74	23,80	23,76
Total del Grupo	51,63% de 5° Año, y 48,37% 6° Año	115	62,50	69	37,5	24,45	24,75	24,6

Tabla IX: Distribución según Universidad, Año Académico, Sexo y Edad.

En nuestro estudio participaron 184 estudiantes, dentro de los cuales 115 alumnos son de sexo femenino (62,50%) y 69 estudiantes (37,50%) de sexo masculino. La edad promedio del grupo estudiado fue de 24,6 años, siendo el promedio de edad para mujeres de 24,45 años y de 24,75 años para hombres.

Si realizamos el análisis por Universidad, observamos lo siguiente:

- Universidad de Valparaíso: grupo conformado por 51 alumnos. De ellos, 29 eran de sexo femenino y 22 de sexo masculino. El promedio de edad del grupo es 25,24 años.
- Universidad Viña del Mar: grupo compuesto por 11 alumnos. De ellos, 9 eran de sexo femenino y 2 de sexo masculino. El promedio de edad del grupo es 25,64 años.
- Universidad Andrés Bello: grupo conformado por 38 alumnos, dentro de los cuales 24 eran de Sexo femenino y 14 masculino. El promedio de edad del grupo es 25,18 años.

- Universidad Mayor: grupo compuesto por 84 alumnos, de ellos 53 era de sexo femenino y 31 de sexo masculino. El promedio de edad del grupo es 23,76 años.

Cabe destacar que la Malla Curricular de los alumnos de la Universidad Viña del Mar se compone de 10 semestres, por lo que 5° año corresponde a su último año. Respecto a los alumnos de la Universidad Mayor, éstos cursaban 5° año (penúltimo año de su malla curricular) y fue la única forma de lograr que esta universidad pudiera participar alterando nuestro plan de muestreo original; el resto de los alumnos se encontraban cursando 6° año.

2. Rendimiento de las Universidades participantes.

Para el análisis del rendimiento, nos basamos en la resolución correcta de cada caso clínico (Tabla X), y a ello le agregamos como correcto aquellas respuestas dadas por los estudiantes que estuvieran bien orientadas.

Casos Clínicos	Resolución del Caso Clínico
Caso N°1	El Diagnóstico correcto es Candidiasis Pseudomembranosa.
	No es pertinente solicitar Biopsia.
	Examen complementario adecuado corresponde a Frotis y parámetros hematológicos.
	La Actitud Clínica en este caso es Tratar con Antifúngicos y Controlar.
Caso N°2	El Diagnóstico correcto es Quiste Dentígero.
	La biopsia es pertinente, realizada por Cirujano Maxilofacial al momento de escisión.
	Exámenes complementarios pertinentes corresponden a los imagenológicos, como Cone Beam o Radiografía Panorámica.
	La Actitud Clínica en este caso es Derivar a Cirujano Maxilofacial, para la enucleación quirúrgica del quiste, y Derivar a Patología Oral para la Biopsia.
Caso N°3	El Diagnóstico correcto es Liquen Plano en placa para lesión en lengua, y Liquen Plano Erosivo en Mejilla.
	La biopsia es pertinente para validar diagnóstico y descartar cáncer por ser lesión potencialmente maligna.
	Exámenes complementarios pertinentes para este caso, se aceptaron el perfil bioquímico, hemograma, inmunológicos, anticuerpos y serológicos.
	La Actitud Clínica en este caso es Derivar a Patología Oral. En caso del Liquen plano erosivo, se debe tratar con Corticoides tópicos o sistémicos.
Caso N°4	El Diagnóstico correcto es Mucocele.
	La biopsia es pertinente, al momento de la escisión por sí mismo, Cirujano Maxilofacial o Patólogo Oral.

	No es necesario solicitar exámenes complementarios.
	La Actitud Clínica en este caso es Tratar uno mismo como profesional, Derivar a Cirujano Maxilofacial y/o Patólogo para escisión quirúrgica de las glándulas salivales menores afectadas y posterior análisis histopatológico.
Caso N°5	El Diagnóstico correcto es Herpes Labial Recidivante.
	No es pertinente realizar Biopsia.
	Exámenes complementarios en este caso no son necesarios, su diagnóstico es eminentemente clínico.
	La Actitud Clínica en este caso es Tratar con Antiviral (sobre todo etapa prodrómica) y Controlar.
Caso N°6	El Diagnóstico correcto es Quiste Periapical o Quiste Radicular.
	La indicación de Biopsia No es pertinente, en primera instancia.
	No es necesario solicitar exámenes complementarios. Radiografía y condición de desvital son suficientes.
	La Actitud Clínica en este caso es realizar endodoncia o Derivar a Endodoncista para realizar el tratamiento.
Caso N°7	El Diagnóstico correcto es Papiloma Oral (VPH).
	La indicación de biopsia es pertinente, por sí mismo, Cirujano Maxilofacial o Patólogo Oral.
	El examen complementario pertinente es para detectar Virus Papiloma Humano (VPH), pero no es condicionante para construir el diagnóstico.
	La Actitud Clínica en este caso es Tratar uno mismo, Derivar a Patólogo Oral, Cirujano Maxilofacial u Odontólogo general capacitado para remoción de la lesión.
Caso N°8	El Diagnóstico correcto es Sialolitiasis.
	La indicación de Biopsia No es pertinente.
	Exámenes complementarios pertinentes corresponden a los imagenológicos, como Radiografía Oclusal; Sialografía.
	La Actitud Clínica en este caso es Tratar estimulando la glándula con sialogogos, masajes de la glándula, analgesia y antibioterapia para prevenir infección y disminuir dolor. En caso de no salir el sialolito, derivar para su remoción quirúrgica.
Caso N°9	El Diagnóstico correcto es Úlcera Recurrente Oral (URO) o Afta.
	No es pertinente la indicación de Biopsia.
	Exámenes complementarios pertinentes se consideran Hemograma, Vitaminas B12 y B9, otras vitaminas.
	La Actitud Clínica es Controlar y recomendar uso de anestésico tópico si las molestias son importantes.
Caso N°10	El diagnóstico correcto es Tumor Odontogénico Queratoquístico o Queratoquiste.
	La indicación de Biopsia es pertinente, derivado a Cirujano Maxilofacial.
	Los exámenes complementarios pertinentes son imagenológicos, como Cone Beam y Radiografía Panorámica.

	La Actitud Clínica en este caso es Derivar a Cirujano Maxilofacial y/o Patólogo Oral.
Caso N°11	El Diagnóstico correcto es Carcinoma Espinocelular (CAEC).
	La indicación de Biopsia es pertinente (de urgencia).
	Los exámenes complementarios que se consideran pertinentes son Hemograma Completo, Imagenología (PetScan/ RX TÓRAX/Cintigrafía metástasis/RNM/TAC).
	La Actitud Clínica es realizar la biopsia uno mismo, derivar al Patólogo Oral, y Equipo Oncológico una vez con el diagnóstico histopatológico realizado (Cirujano Maxilofacial).
Caso N°12	El Diagnóstico correcto es Adenoma Pleomorfo.
	La indicación de Biopsia es pertinente, derivado a Patólogo Oral y/o Cirujano Maxilofacial.
	Los exámenes complementarios pertinentes son imagenológicos como Cone Beam, Ecotomografía, TAC; y exámenes de laboratorio como hemograma completo.
	La Actitud Clínica es Derivar a Patólogo Oral y/o Cirujano Maxilofacial.
Caso N°13	El diagnóstico correcto es Torus Palatino o Exostosis.
	No es pertinente la indicación de Biopsia.
	No se requieren exámenes complementarios.
	La Actitud Clínica es indicar Control al paciente en caso de que note cambios.
Caso N°14	El Diagnóstico correcto es Granuloma piógeno o Tumor gravídico.
	La indicación de Biopsia es Pertinente.
	No se requiere de exámenes complementarios, sin embargo, se considera correcto solicitar exámenes imagenológicos como Radiografía periapical o panorámica; Hemograma.
	La Actitud Clínica es Tratar y Controlar, o Derivar a Patólogo Oral y/o Periodoncista.
Caso N°15	El Diagnóstico correcto es Odontoma Compuesto.
	La indicación de Biopsia es pertinente, por Cirujano Maxilofacial y/o Patólogo Oral.
	No se requieren exámenes complementarios adicionales, mas es pertinente solicitar exámenes de imagen como Cone Beam, o Radiografía panorámica.
	La Actitud Clínica es Derivar a Cirujano Maxilofacial y/o Patólogo Oral.
Caso N°16	El Diagnóstico correcto es Ameloblastoma.
	La indicación de Biopsia es pertinente, realizada por Cirujano Maxilofacial y/o Patólogo Oral.
	Los exámenes complementarios pertinentes son de Imagenología como Cone Beam o TAC (Tomografía Axial Computada).
	La Actitud Clínica es Derivar a Cirujano Maxilofacial y/o Patólogo Oral.

Tabla X: Resolución de Casos Clínicos.

2.1 Rendimiento de la Universidad codificada como Universidad N°1.

Realizaremos un análisis del rendimiento en cuanto a Categorías y a Presentación Clínica, destacando aquellos casos en que el rendimiento fue de excelencia así como aquellos casos en el que hubo resultados deficientes.

2.1.1 Rendimiento según Categorías de Diagnóstico, Indicación de Biopsia, Exámenes Complementarios y Actitud Clínica.

A continuación, se desglosa el análisis acorde a los resultados reflejados en la Tabla XI, destacando aquellos casos con excelente rendimiento y aquellos casos con bajo rendimiento.

Universidad N°1								
Casos Clínicos	Identificación de Diagnóstico		Biopsia		Exámenes Complementarios		Actitud Clínica	
	N° Correctas	%	N° Correctas	%	N° Correctas	%	N° Correctas	%
Caso N° 1	48	94,12%	51	100%	14	27,45%	44	86,27%
Caso N° 2	27	52,94%	10	19,61%	18	35,29%	44	86,27%
Caso N° 3	15	29,41%	22	43,14%	16	31,37%	24	47,06%
Caso N° 4	40	78,43%	6	11,76%	44	86,27%	15	29,41%
Caso N° 5	48	94,12%	51	100%	50	98,04%	49	96,08%
Caso N° 6	41	80,39%	35	68,63%	44	86,27%	40	78,43%
Caso N° 7	41	80,39%	41	80,39%	50	98,04%	42	82,35%
Caso N° 8	37	72,55%	41	80,39%	36	70,59%	40	78,43%
Caso N° 9	49	96,08%	51	100%	51	100%	49	96,08%
Caso N° 10	16	31,37%	27	52,94%	31	60,78%	32	62,75%
Caso N° 11	45	88,24%	51	100%	32	62,75%	50	98,04%
Caso N° 12	36	70,59%	38	74,51%	35	68,63%	41	80,39%
Caso N° 13	31	60,78%	29	56,86%	29	56,86%	24	47,06%
Caso N° 14	42	82,55%	18	35,29%	51	100%	43	84,31%
Caso N° 15	44	86,27%	5	9,8%	51	100%	39	76,47%
Caso N° 16	32	62,75%	34	66,67%	27	52,94%	38	74,51%

Tabla XI: Rendimiento por Categorías Universidad N°1.

Respecto a los resultados correspondientes a la **Categoría de Identificación del Diagnóstico**, podemos observar que el caso clínico con mejor rendimiento fue de Úlcera Recurrente Oral (Caso Clínico N°9) con un 96,08%, seguido de Candidiasis Pseudomembranosa (Caso Clínico N°1) y Herpes Labial Recidivante (Caso Clínico N° 5) con 94,12%.

Dentro de los resultados más deficientes está la identificación del diagnóstico de Liquen Plano, en donde sólo el 29,41% de los alumnos pudo reconocer esta patología como tal, dentro de las respuestas erróneas hubo 24 alumnos que lo diagnosticó como Liquen Plano Reticular (47,05%). El segundo caso con peor rendimiento fue el de Tumor Odontogénico Queratoquístico, con un 31,37% de reconocimiento, en este caso hubo 22 alumnos que no respondieron la pregunta (43,13%).

En cuanto a la **Categoría de Solicitud de Exámenes Complementarios** (excluyendo maniobra quirúrgica de biopsia), los mejores resultados se centraron en los Casos Clínicos N°14 y N°15, correspondientes a Granuloma Piógeno y Odontoma Compuesto respectivamente, con un 100% de respuestas correctas; para ambos no se requieren exámenes complementarios, mas se considera correcto solicitar Exámenes imagenológicos como Radiografía Periapical o Panorámica, para Granuloma Piógeno también se consideró pertinente la solicitud de hemograma. Continúan los Casos Clínicos N°5 y N°7, correspondientes a Herpes Labial Recidivante y Papiloma Oral respectivamente, con un 98,04% de respuestas correctas; en el primero, el diagnóstico es eminentemente clínico, mientras que para el Papiloma Oral se considera solicitar examen para detectar VPH, aunque no es condicionante para construir el diagnóstico.

Los casos con menor rendimiento se concentraron en el Caso Clínico N°1, correspondiente a Candidiasis Pseudomembranosa, en la cual había que solicitar Frotis y en donde sólo el 27,45% de los alumnos lo realizó, y 33 alumnos (64,71%) no lo indicaron, también se consideraba oportuno medir parámetros hematológicos y sólo 3 alumnos (5,8%) lo indicaron. Lo sigue el Caso Clínico N°3, correspondiente a Liquen Plano, en donde sólo 15 alumnos (29,41%) solicitó exámenes pertinentes, correspondientes a Perfil Bioquímico, Hemograma, Inmunológicos, anticuerpos, serológicos, que respondieron 22 alumnos (43,13%), No solicitaron ningún examen complementario y 9 alumnos no respondieron (17,65%). Finalmente, el Caso Clínico N°2, correspondiente a Quiste Dentífero, en donde lo correcto era solicitar Exámenes imagenológicos como ConeBeam o Panorámica, sólo el 15,68% solicitó ConeBeam, 9,8% solicitó TAC, 1,96% solicitó Radiografía Panorámica, 26 alumnos (51%) no solicitaron ningún examen complementario adicional y 6 alumnos no respondieron (11,76%).

En cuanto a la **Categoría de Solicitud de Exámenes Complementarios** (excluyendo maniobra quirúrgica de biopsia), los mejores resultados se centraron en los Casos Clínicos N°14 y N°15, correspondientes a Granuloma Piógeno y Odontoma Compuesto respectivamente, con un 100% de respuestas correctas, seguidos por los Casos Clínicos N°5 y N°7, correspondientes a Herpes Labial Recidivante y Papiloma Oral respectivamente, con un 98,04% de respuestas correctas.

Los casos con menor rendimiento se concentraron en el Caso Clínico N°1, correspondiente a Candidiasis Pseudomembranosa, en la cual había que solicitar Frotis y en donde sólo el 27,45% de los alumnos lo realizó, y 33 alumnos (64,71%) no lo indicaron. Lo sigue el Caso Clínico N°3, correspondiente a Liquen Plano, en donde sólo el 35,29% solicitó exámenes pertinentes, 22 alumnos (43,13%) no solicitaron ningún examen complementario y 9 alumnos no respondieron (17,65%). Finalmente, el Caso Clínico N°2, correspondiente a Quiste Dentífero, sólo el 35,29% solicitó exámenes imagenológicos como Cone Beam, 26 alumnos (51%) no solicitaron ningún examen complementario adicional.

En relación a la **Categoría de Actitud Clínica**, los casos que concentraron el mejor rendimiento fueron el Caso Clínico N°11, correspondiente a Carcinoma

Espinocelular, con un 98,04% de respuestas correctas, seguido por los Casos Clínico N°5 y N°9, correspondientes a Herpes Labial Recidivante y Úlcera Recurrente Oral respectivamente, con un 96,08% de respuestas correctas.

Los casos con menor rendimiento corresponden al Caso Clínico N°4, correspondiente a Mucoccele con un 29,41% de respuestas correctas, en donde el 70,59% de los alumnos respondió que se debía tratar con drenaje, vaciado, etc., y postergaron la indicación de derivar para la extirpación quirúrgica. En el Caso Clínico N°3, correspondiente a Liquen Plano, el 47,06% de los alumnos respondió de forma correcta, y el 47,05% respondió incorrectamente al orientar que la actitud clínica para este caso era sólo Controlar, cuando lo importante era definir el diagnóstico derivando al Patólogo Oral o al Inmunólogo. Para el Caso Clínico N°13, referente a Torus Palatino, 47,06% de las respuestas fueron correctas, el porcentaje restante fue incorrecto dado que los alumnos indicaron derivar y/o tratar un cuadro que tan sólo requiere Control por ser una variante de la normalidad.

2.1.2 Rendimiento según Presentación Clínica.

A continuación, se analiza respecto al desempeño de los estudiantes de la Universidad de Valparaíso según Presentación Clínica, en donde los casos clínicos fueron agrupados en Casos Agudos, Patologías de Tejido Óseo, Tumoración de Tejidos Blandos y Hamartoma. Este análisis se realizó en base a las 4 preguntas contenidas en cada caso clínico (Rendimiento de Caso clínico completo). Los casos y su clasificación, junto al desempeño se encuentran en la Tabla XII.

RENDIMIENTO SEGÚN PRESENTACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD N°1			
Presentación Clínica	Rendimiento Caso Clínico completo.	% Respuestas Correctas.	Rendimiento Total por Presentación Clínica.
Casos Agudos.	Caso N° 1	77%	77,1% MEDIANAMENTE LOGRADO
	Caso N° 3	38%	
	Caso N° 5	97%	
	Caso N° 8	75%	
	Caso N° 9	98%	
Tumoración de Tejidos Blandos.	Caso N°4	51%	74,6% MEDIANAMENTE LOGRADO
	Caso N°7	85%	
	Caso N°11	87%	
	Caso N°12	74%	
	Caso N°14	75%	
Patología Ósea.	Caso N°2	49%	62,3% MEDIANAMENTE LOGRADO
	Caso N°6	78%	
	Caso N°10	52%	
	Caso N°15	68%	
	Caso N°16	64%	
Hamartoma.	Caso N°13	55%	55% NO LOGRADO

Tabla XII: Rendimiento Total por Presentación Clínica Universidad N°1.

Mediante la Tabla XII, observamos que el área en que los estudiantes obtuvieron mayor rendimiento fue en el desarrollo de los Casos Agudos, en donde se logró un manejo de excelencia en los Casos Clínicos N°5 y N°9, correspondientes a Herpes Labial Recidivante (97% de respuestas correctas) y Úlcera Recurrente Oral (98%).

El área en que los estudiantes obtuvieron menor manejo fue en Hamartoma (Caso Clínico N°13), en el cual sólo se logró 55% de rendimiento. Hay que considerar que del listado de casos presentados, sólo 1 podía ser calificado en esta categoría.

2.2 Rendimiento de la Universidad codificada como Universidad N°2.

Realizaremos un análisis del rendimiento en cuanto a Categorías y a Presentación Clínica, destacando aquellos casos en que el rendimiento fue de excelencia, así como aquellos casos en que hubo resultados deficientes.

2.2.1 Rendimiento según Categorías de Diagnóstico, Indicación de Biopsia, Exámenes Complementarios y Actitud Clínica.

A continuación, se desglosa el análisis acorde a los resultados reflejados en la Tabla XIII, destacando aquellos casos con excelente rendimiento y aquellos casos con bajo rendimiento.

Universidad N°2								
Casos Clínicos	Identificación de Diagnóstico		Biopsia		Exámenes Complementarios		Actitud Clínica	
	N° Correctas	%	N° Correctas	%	N° Correctas	%	N° Correctas	%
Caso N° 1	37	97,37%	36	94,74%	17	44,74%	34	89,47%
Caso N° 2	32	84,21%	27	71,05%	14	36,84%	34	89,47%
Caso N° 3	20	52,63%	21	55,26%	5	13,16%	20	52,63%
Caso N° 4	32	84,21%	19	50%	37	97,37%	26	68,42%
Caso N° 5	35	92,11%	38	100%	38	100%	35	92,11%
Caso N° 6	34	89,47%	26	68,42%	37	97,37%	30	78,95%
Caso N° 7	30	78,95%	31	81,58%	37	97,37%	32	84,21%
Caso N° 8	26	68,42%	26	68,42%	19	50%	37	97,37%
Caso N° 9	33	86,84%	38	100%	37	97,37%	38	100%
Caso N° 10	32	84,21%	32	84,21%	36	94,74%	37	97,37%
Caso N° 11	33	86,84%	37	97,37%	16	42,11%	38	100%
Caso N° 12	14	36,84%	21	55,26%	19	50%	30	78,95%
Caso N° 13	27	71,05%	25	65,79%	25	65,79%	17	44,74%
Caso N° 14	22	57,89%	24	63,16%	38	100%	38	100%
Caso N° 15	36	94,74%	23	60,53%	38	100%	38	100%
Caso N° 16	36	94,74%	36	94,74%	21	55,26%	37	97,37%

Tabla XIII: Rendimiento por Categorías Universidad N°2.

La **Categoría de Identificación del Diagnóstico**, desarrollada por los 38 alumnos participantes de la Universidad N°2, destaca la determinación correcta en los casos de Candidiasis Pseudomembranosa (97,37%), Odontoma Compuesto, Ameloblastoma (94,74%) y Herpes Labial Recidivante (92,11%).

Dentro de los casos que obtuvieron menor rendimiento están el Caso Clínico N°12 de Adenoma Pleomorfo con 36,84% de respuestas correctas, las respuestas incorrectas se concentraron en Sialoadenitis (23,68%), Parotiditis (21,05%), Sialoadenosis (18,42%), entre otros; 5 alumnos no respondieron (13,16%). El siguiente caso que provocó resultados deficientes corresponde al Caso Clínico N°3 de Liquen Plano con un 52,63% de respuestas correctas; en el porcentaje restante erraron aquellos alumnos que diagnosticaron lengua saburral, candidiasis hiperplásica, leucoplasia, glositis migratoria benigna; hubo 6 alumnos que no respondieron (15,8%). Otro de los casos que causó dificultad fue el de Caso Clínico N°14 de Granuloma Piógeno, en donde sólo hubo un resultado del 57,89%, 5 alumnos (13,16%) no respondieron la pregunta, y 13,16% respondió Fibroma Irritativo.

Los resultados respecto a la **Categoría de Solicitud de Exámenes Complementarios**, éste arrojó un buen rendimiento en los casos clínicos de Granuloma Piógeno y Odontoma Compuesto en donde era pertinente solicitar exámenes imagenológicos como Radiografía periapical o Panorámica para el primero, y ConeBeam o Radiografía panorámica para el segundo, con un 100% de respuestas correctas. Los siguen los casos de Quiste Radicular, Papiloma Oral y Úlcera Recurrente Oral con un 97,37% de respuestas correctas; para el Quiste Radicular se consideró que la Radiografía entregada en el caso más la condición de desvitalidad son suficientes para realizar el correcto diagnóstico, para el Papiloma Oral lo indicado era un examen para detectar el VPH, sin embargo no es condicionante para llegar al diagnóstico, y para la Úlcera Recurrente Oral se consideró correcto solicitar Hemograma y exámenes vitamínicos (B12, B9, otras). Por último, el caso clínico de Tumor Odontogénico Queratoquístico, en donde se considera pertinente solicitar ConeBeam o Radiografía Panorámica, con un 94,74% de aciertos.

El caso con rendimiento deficiente, corresponde al de Liquen Plano, en donde sólo un 13,16% solicitó exámenes pertinentes como Hemograma, Perfil bioquímico, Exámenes inmunológicos, anticuerpos, exámenes serológicos; 31,57% de los alumnos no respondió a la pregunta, y 47,36% no solicitó otros exámenes. Le sigue el caso de Quiste Dentígero, en donde un 36,84% solicitó exámenes pertinentes como ConeBeam o Radiografía Panorámica, el 57,9% no solicitó exámenes complementarios. El caso de Cáncer Espinocelular, se obtuvo un rendimiento certero de 42,11%; 44,74% no indicó exámenes complementarios, que en este caso eran pertinentes como los exámenes de sangre e imagenología (TAC/RNM/PET SCAN/etc.), además se presentó que 4 alumnos (10,53%) no respondieron la pregunta. Sigue el caso de Candidiasis Pseudomembranosa, en donde sólo el 44,74% de los alumnos indicó frotis y/o exámenes hematológicos para confirmar el diagnóstico, 47,37% de los alumnos no indicó ningún examen complementario. El caso clínico de Sialolitiasis, igualmente significó una dificultad para los alumnos, en

donde sólo el 50% respondió de forma correcta indicando Radiografía Oclusal o Sialografía, el 39,47% erró al no solicitar exámenes complementarios antes mencionados. En cuanto al caso clínico de Adenoma Pleomorfo, éste tuvo un rendimiento del 50% siendo correcto solicitar exámenes imagenológicos como ConeBeam, Ecotomografía, TAC o exámenes sanguíneos como Hemograma, el 26,32% no indicó exámenes complementarios y 23,7% no respondió la pregunta. En el Caso Clínico del Ameloblastoma, el 55,26% solicitó exámenes pertinentes al caso como ConeBeam o TAC, mientras que el 39,5% no solicitó exámenes, siendo que era necesario solicitar los exámenes anteriormente descritos.

En relación a la **Categoría de Actitud Clínica**, se concentran los mejores resultados en los casos clínicos de Úlcera Recurrente Oral y Cáncer Espinocelular con un 100% de respuestas correctas, seguidos por los casos de Sialolitiasis, Tumor Odontogénico Queratoquístico y Ameloblastoma con un 97,37% de respuestas correctas; y posteriormente, los casos clínicos de Herpes Labial Recidivante y Odontoma Compuesto, con 92,11% de rendimiento.

Respecto a los casos que presentaron mayor dificultad, lo constituyen el caso clínico de Torus Palatino en donde sólo 44,74% de respondió correctamente, 3 alumnos (7,9%) no respondieron la pregunta y el resto erró al considerar la Derivación a algún especialista; sin embargo, este caso corresponde a una variable de la normalidad, por lo que sólo requiere control. Asimismo, el caso que causó conflicto fue el de Liquen Plano, en donde hubo 52,63% de respuestas correctas, 7 alumnos (18,42%) no respondieron la pregunta y 28,95% sólo considero Controlar, siendo que la Derivación a especialista (patólogo, inmunólogo, medico oral) era necesaria.

2.2.2 Rendimiento según Presentación Clínica.

A continuación, se analiza respecto al desempeño de los estudiantes de la Universidad N°2 según Presentación Clínica, en donde los casos clínicos fueron agrupados en Casos Agudos, Patologías de Tejido Óseo, Tumoraición de Tejidos Blandos y Hamartoma. Este análisis se realizó en base a las 4 preguntas contenidas en cada caso clínico. Los casos y su clasificación, junto al desempeño se encuentran en la Tabla XIV.

RENDIMIENTO SEGUN PRESENTACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD N°2			
Presentación Clínica	Rendimiento Caso Clínico completo.	% Respuestas correctas.	Rendimiento total por Presentación Clínica
Casos Agudos.	Caso N°1	82%	77,6% MEDIANAMENTE LOGRADO
	Caso N° 3	43%	
	Caso N° 5	96%	
	Caso N° 8	71%	
	Caso N° 9	96%	
Tumoración de Tejido Blando.	Caso N° 4	75%	74,7% MEDIANAMENTE LOGRADO
	Caso N° 7	86%	
	Caso N° 11	82%	
	Caso N° 12	55%	
	Caso N° 14	76%	
Patología Ósea.	Caso N° 2	70%	83,3% LOGRADO
	Caso N° 6	84%	
	Caso N° 10	90%	
	Caso N° 15	87%	
	Caso N° 16	86%	
Hamartoma.	Caso N° 13	62%	62% MEDIANAMENTE LOGRADO

Tabla XIV: Rendimiento Total por Presentación Clínica Universidad N°2.

La Tabla XIV, da a conocer que el área con los resultados mejor logrados correspondió a los casos de Patología Ósea, en el que se obtuvo un rendimiento de 83,3%, destacándose el caso de Tumor Odontogénico Queratoquístico (Caso Clínico N°10) con un 90% de respuestas correctas.

El área con menor rendimiento correspondió al Hamartoma (Caso Clínico N°13) en el que hubo un rendimiento de 62%.

2.3 Rendimiento de la Universidad codificada como Universidad N°3.

Realizaremos un análisis del rendimiento en cuanto a Categorías y a Presentación Clínica, destacando aquellos casos en que el rendimiento fue de excelencia, así como aquellos casos en que hubo resultados deficientes.

2.3.1 Rendimiento según Categorías de Diagnóstico, Indicación de Biopsia, Exámenes Complementarios y Actitud Clínica.

A continuación, se desglosa el análisis acorde a los resultados reflejados en la Tabla XV, destacando aquellos casos con excelente rendimiento y aquellos casos con bajo rendimiento.

Universidad N° 3								
Casos Clínicos	Identificación de Diagnóstico		Biopsia		Exámenes Complementarios		Actitud Clínica	
	N° Correctas	%	N° Correctas	%	N° Correctas	%	N° Correctas	%
Caso N° 1	10	90,91%	10	90,91%	2	18,18%	10	90,91%
Caso N° 2	10	90,91%	2	18,18%	1	9,09%	11	100%
Caso N° 3	1	9,09%	4	36,36%	2	18,18%	5	45,45%
Caso N° 4	6	54,55%	5	45,45%	9	81,82%	8	72,73%
Caso N° 5	10	90,91%	10	90,91%	10	90,91%	10	90,91%
Caso N° 6	10	90,91%	7	63,64%	7	63,64%	5	45,45%
Caso N° 7	4	36,36%	8	72,73%	9	81,82%	5	45,45%
Caso N° 8	4	36,36%	3	27,27%	5	45,45%	5	45,45%
Caso N° 9	8	72,73%	8	72,73%	8	72,73%	8	72,73%
Caso N° 10	3	27,27%	5	45,45%	3	27,27%	6	54,55%
Caso N° 11	5	45,45%	6	54,55%	2	18,18%	6	54,55%
Caso N° 12	2	18,18%	2	18,18%	4	36,36%	4	36,36%
Caso N° 13	8	72,73%	8	72,73%	7	63,64%	8	72,73%
Caso N° 14	2	18,18%	4	36,36%	11	100%	7	63,64%
Caso N° 15	6	54,55%	2	18,18%	11	100%	6	54,55%
Caso N° 16	6	54,55%	6	54,55%	5	45,45%	7	63,64%

Tabla XV: Rendimiento por Categorías Universidad N°3.

Al analizar la **Categoría de Identificación del Diagnóstico**, respecto a la Universidad N°3, podemos identificar aquellos casos en los que hubo mejor porcentaje de respuestas correctas, de los cuales se destacan el Caso Clínico N°1, correspondientes a Candidiasis Pseudomembranosa; el Caso Clínico N°2, el cual corresponde al Quiste Dentífero, el Caso Clínico N°5 y Caso Clínico N°6, correspondientes a Herpes Recidivante Labial y Quiste Periapical respectivamente, todos obteniendo un total de 90,91%, equivalente a 10 alumnos de un total de 11 participantes.

Por el contrario, si analizamos aquellos casos con menor rendimiento, podemos nombrar el Caso Clínico N°3, el cual corresponde a Liquen Plano, el cual obtuvo solo un 9,09%, mientras que los Casos Clínicos N°11 y N°14, los cuales aluden a Carcinoma Espinocelular y a Granuloma Piógeno respectivamente, lograron un 18,18%.

De la misma manera, en la **Categoría de Indicación pertinente de Toma de Biopsia**, los resultados más destacados se encuentran en el Caso Clínico N°1 correspondiente a Candidiasis Pseudomembranosa; y el Caso Clínico N°5, Herpes Recidivante Labial, en los que se logró 90,91 %, y en los cuales la respuesta correcta debía ser No es pertinente realizar biopsia. Por otro lado, en los Casos Clínicos: Caso N°2, Caso N°12 y Caso N°15, el porcentaje de correctas alcanzó sólo el 18,18%; estos casos corresponderían a la realización de biopsia por parte del cirujano maxilofacial al momento de la incisión, indicación de biopsia y derivación al patólogo oral y/o cirujano maxilofacial, e indicación de biopsia realizada por el cirujano maxilofacial y/o patólogo respectivamente.

Si consideramos ahora la **Categoría de Solicitud de Exámenes Complementarios**, los resultados más destacados se expresan en el Caso Clínico N°14, correspondiente a Granuloma Piógeno, en donde la respuesta correcta indica que todos los exámenes, tanto quirúrgicos como de laboratorio, al igual que aquellos de tipo imagenológicos son correctos; y Caso Clínico N° 15, correspondiente a Odontoma, ambos obtuvieron un 100% de respuestas correctas (se consideraron todos los tipos de exámenes imagenológicos como correctos).

Aquellos con menor rendimiento se concentraron en el Caso Clínico N°2, donde lo correcto sería realizar exámenes imagenológicos como Cone Beam, o radiografía panorámica y que sólo el 9,09% consideraron como correcto, seguido de los casos clínicos Caso N°1, Caso N°3 y Caso N°11, los cuales obtuvieron un 18,18%, en donde lo correcto para cada uno hubiese sido: Caso N°1, se realiza un Frotis, en el Caso N°3 son exámenes serológicos, de laboratorio, hemograma, y en el Caso N° 11 donde corresponde realizar exámenes imagenológicos como PETSCAN, radiografía de tórax, RNM, hemograma completo, entre otros.

Finalmente, en la **Categoría de Actitud Clínica**, los casos que concentraron el mejor rendimiento fueron el Caso Clínico N°2 de Quiste Dentífero, en donde lo más correcto correspondería a la derivación al cirujano maxilofacial para su enucleación, y derivación al patólogo oral para realizar biopsia. En este ítem se obtuvo el 100% de respuestas correctas, seguido del Caso N°1 y Caso N°5, con un rendimiento del 90,91%, en cuyos casos las respuestas correctas debían ser: tratar con antifúngicos y controlar, tratar con antiviral en su etapa prodrómica y controlar respectivamente.

Por otro lado, aquellos casos clínicos que tuvieron mayor dificultad a la hora de definir actitud clínica fueron el Caso Clínico N°12, con un 36,36% de respuestas correctas, la cual debía estar orientada a la derivación al patólogo oral y/o maxilofacial. En el Caso Clínico N°3 (Liquen Plano, donde lo correcto debía ser derivación al patólogo oral, y tratar el liquen plano erosivo mediante corticoides), Caso Clínico N° 6 (Quiste Periapical, el cual debe ser derivado a endodoncia para su tratamiento), Caso Clínico N°7 (Papiloma Humano, donde la actitud correcta debía ser derivar al patólogo oral, cirujano maxilofacial u odontólogo general capacitado para su remoción) y Caso Clínico N°8 (Sialolitiasis, en este caso, se debía tratar con estimulación de la glándula mediante sialogogos, masaje, analgesia y antibioterapia para prevenir infecciones y disminuir el dolor. En el caso de que el sialolito no fuera expulsado, se debe derivar para remoción quirúrgica).

2.3.2 Rendimiento según Presentación Clínica.

A continuación, se analiza respecto al desempeño de los estudiantes de la Universidad N°3 según Presentación Clínica, en donde los casos clínicos fueron agrupados en Casos Agudos, Patologías de Tejido Óseo, Tumoración de Tejidos Blandos y Hamartoma. Este análisis se realizó en base a las 4 preguntas contenidas en cada caso clínico. Los casos y su clasificación, junto al desempeño se encuentran en la Tabla XVI.

RENDIMIENTO SEGÚN PRESENTACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD N° 3			
Presentación Clínica	Rendimiento Caso Completo.	% Respuestas Correctas.	Rendimiento Total por Presentación Clínica
Casos Agudos.	Caso N° 1	73%	60,5% MEDIANAMENTE LOGRADO
	Caso N° 3	27%	
	Caso N° 5	91%	
	Caso N° 8	39%	
	Caso N° 9	73%	
Tumoración de Tejidos Blandos.	Caso N°4	64%	49,5% NO LOGRADO
	Caso N°7	59%	
	Caso N°11	43%	
	Caso N°12	27%	
	Caso N°14	55%	
Patología Ósea.	Caso N°2	55%	54,1% NO LOGRADO
	Caso N°6	66%	
	Caso N°10	39%	
	Caso N°15	57%	
	Caso N°16	55%	
Hamartoma.	Caso N°13	70%	70% MEDIANAMENTE LOGRADO

Tabla XVI: Rendimiento Total por Presentación Clínica Universidad N°3.

Mediante la Tabla XVI, podemos darnos cuenta que existe un mayor manejo en el caso de Hamartoma, ya que lograron un 70% de rendimiento, y seguido de los casos agudos, con un 60,5% de respuestas correctas, categorizando a ambos grupos en medianamente logrado.

Por otro lado, aquellos casos categorizados en tumoraciones de tejidos blandos, los alumnos tuvieron mayor dificultad para responder, ya que como rendimiento general se obtuvo solo un 49,5% y los casos de patologías ósea un 54,1%.

2.4 Rendimiento de la Universidad codificada como Universidad N°4.

Realizaremos un análisis del rendimiento en cuanto a Categorías y a Presentación Clínica, destacando aquellos casos en que el rendimiento fue de excelencia, así como aquellos casos en que hubo resultados deficientes.

2.4.1 Rendimiento según Categorías de Diagnóstico, Indicación de Biopsia, Exámenes Complementarios y Actitud Clínica.

A continuación, se desglosa el análisis acorde a los resultados reflejados en la Tabla XVII, destacando aquellos casos con excelente rendimiento y aquellos casos con bajo rendimiento.

Universidad N° 4								
Casos Clínicos	Identificación de Diagnóstico		Biopsia		Exámenes Complementarios		Actitud Clínica	
	N° Correctas	%	N° Correctas	%	N° Correctas	%	N° Correctas	%
Caso n° 1	82	97,37%	83	98,81%	8	9,52%	77	91,67%
Caso n° 2	69	82,14%	24	28,57%	21	25%	77	91,67%
Caso n° 3	66	78,57%	14	16,67%	16	19,05%	58	69,05%
Caso n° 4	68	80,95%	14	16,67%	77	91,67%	31	36,9%
Caso n° 5	70	83,33%	74	88,10%	70	83,33%	75	89,29%
Caso n° 6	81	96,43%	70	83,33%	77	91,67%	71	84,52%
Caso n° 7	60	71,43%	60	71,43%	83	98,81%	64	76,19%
Caso n° 8	21	25,00%	67	79,76%	34	40,48%	75	89,29%
Caso n° 9	70	83,33%	77	91,67%	77	91,67%	77	91,67%
Caso n° 10	65	77,38%	46	54,76%	67	78,76%	72	85,71%
Caso n° 11	68	80,95%	71	84,52%	21	25,00%	74	88,10%
Caso n° 12	33	39,29%	37	44,05%	39	46,43%	57	67,86%
Caso n° 13	62	72,81%	57	67,86%	60	71,43%	51	60,71%
Caso n° 14	25	29,76%	39	46,43%	84	100%	61	72,62%
Caso n° 15	73	86,90%	18	21,43%	84	100%	75	89,29%
Caso n° 16	77	91,67%	56	66,67%	27	32,14%	75	89,29%

Tabla XVII: Rendimiento por Categorías Universidad N°4.

Al analizar la **Categoría de Identificación del Diagnóstico**, respecto a la Universidad N° 4, es posible determinar que existieron algunos casos clínicos donde se logró un mayor rendimiento, estos son; Caso N°1 de Candidiasis Pseudomembranosa, con un 97,37%; Caso N°6 de Quiste Periapical, con un 96,43%; y Caso N°16 correspondiente a Ameloblastoma, en el cual se obtuvo un 91,67% de rendimiento.

Si por otro lado, consideramos los casos clínicos donde los alumnos tuvieron más problemas en la identificación diagnóstica, podemos mencionar el Caso Clínico N°8, con un total de 21 respuestas correctas, equivalentes a un 25% de los alumnos; el Caso Clínico N°14, con un 29,76%, correspondiente a un total de 25 alumnos; y el Caso Clínico N°12, con 33 respuestas acertadas, lo cual representa el 39,29%. Estos casos corresponden a Sialolitiasis, Granuloma Piógeno y Adenoma Pleomorfo respectivamente.

En la **Categoría de Indicación pertinente de Toma de Biopsia**, los resultados más destacados se encuentran en el Caso Clínico N°1, correspondiente a Candidiasis Pseudomembranosa, en el cual el 98,81% de los alumnos indicó que No se realiza biopsia. En el Caso Clínico N°9, correspondiente a Úlcera Recurrente Oral, el 88,10% respondió de manera correcta. Finalmente, en el Caso Clínico N°5, el cual corresponde a Herpes Recurrente Oral el 91,67% respondió correctamente. Por otro lado, tanto en el Caso N°3 y Caso N°4, de Liquen plano y Mucocele respectivamente, los resultados fueron deficientes, ya que sólo el 16,67% de los alumnos contestaron de buena manera, seguido del Caso N° 15, de Odontoma, el cual obtuvo sólo un 21,43%.

Si ahora analizamos la **Categoría de Solicitud de Exámenes Complementarios**, los resultados más destacados se expresan en el Caso Clínico N°14, correspondiente a Granuloma Piógeno, en donde la respuesta correcta indica que todos los exámenes, tanto quirúrgicos como de laboratorio, al igual que aquellos de tipo imagenológicos son correctos; y Caso Clínico N° 15, el cual es de Odontoma, ambos obtuvieron un 100% de respuestas correctas (ya que al igual que en la pregunta 14.3 se consideraron todos los tipos de exámenes imagenológicos como correctos).

Aquellos con menor rendimiento se concentraron en el Caso Clínico N°1, con un total de 8 respuestas correctas, de un total de 84, representado en un 9,52%, correspondiente realización de frotis en el caso de Candidiasis Pseudomembranosa, por otro lado, solo 16 alumnos contestaron correctamente el caso n° 3, correspondiente a Liquen Plano, obteniendo como resultado solo un 19,05% donde la respuesta correcta correspondía; indicar exámenes tales como hemograma, perfil bioquímico, inmunológicos, serológicos y para anticuerpos.

Finalmente, en la **Categoría de Actitud Clínica**, los casos que concentraron el mejor rendimiento fueron el Caso Clínico N°1, correspondiente a tratar la Candidiasis Pseudomembranosa mediante antifúngicos y controlar; Caso Clínico N°2, Quiste Dentígero, en el cual se consideró como correcto derivar al cirujano maxilofacial para la enucleación quirúrgica del quiste y derivar a patólogo para su biopsia; y el Caso Clínico N°9, que corresponde a Úlcera Recurrente Oral, donde la actitud clínica correcta era controlar y recomendar uso de anestésico tópico si las molestias son importantes, lo cual obtuvo un 91,67% de respuestas correctas. Los casos clínicos con menor rendimiento en esta categoría corresponderían a el Caso N°4 (Mucocele), el cual obtuvo un 36,9%, seguido del caso N° 14, con un 60,71%.

2.3.2 Rendimiento según Presentación Clínica.

A continuación, se analiza respecto al desempeño de los estudiantes de la Universidad N°4 según Presentación Clínica, en donde los casos clínicos fueron agrupados en Casos Agudos, Patologías de Tejido Óseo, Tumoración de Tejidos Blandos y Hamartoma. Este análisis se realizó en base a las 4 preguntas contenidas en cada caso clínico. Los casos y su clasificación, junto al desempeño se encuentran en la Tabla XVIII.

RENDIMIENTO SEGÚN PRESENTACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD N° 4			
Presentación Clínica	Rendimiento Caso Completo.	% Respuestas Correctas.	Rendimiento Total por Presentación Clínica.
Casos Agudos.	Caso N° 1	74%	70,9% MEDIANAMENTE LOGRADO
	Caso N° 3	46%	
	Caso N° 5	86%	
	Caso N° 8	59%	
	Caso N° 9	90%	
Tumoración de Tejido Blando.	Caso N°4	57%	63,5% MEDIANAMENTE LOGRADO
	Caso N°7	79%	
	Caso N°11	70%	
	Caso N°12	49%	
	Caso N°14	62%	
Patología Ósea.	Caso N° 2	57%	72,9% MEDIANAMENTE LOGRADO
	Caso N° 6	89%	
	Caso N°10	74%	
	Caso N°15	74%	
	Caso N°16	70%	
Hamartoma.	Caso N°13	68%	68% MEDIANAMENTE LOGRADO

Tabla XVIII: Rendimiento por Categorías Universidad N°4.

Analizando la Tabla XVIII de rendimiento según presentación clínica de la Universidad N°4, podemos observar que en las 4 categorías, correspondientes a casos agudos, tumoraciones de tejidos blandos, patologías óseas y hamartoma, se obtuvo un rendimiento medianamente logrado, destacando especialmente aquellas patologías óseas, donde los alumnos lograron un 72,9% de respuestas correctas a nivel general, seguido de los casos agudos, donde se obtuvo un 70,9%.

3. Rendimiento general de las Universidades Participantes.

A continuación, presentaremos los resultados generales de las Universidades participantes, en los cuales se compara el rendimiento de los alumnos participantes.

3.1 Rendimiento de las 4 Universidades participantes según Presentación Clínica.

En las siguientes Figuras, se compara el rendimiento de cada Universidad respecto a las 4 diferentes Presentaciones Clínicas en las que se agruparon los 16 Casos Clínicos, desarrollados por los estudiantes en el Cuestionario aplicado.

Presentación Clínica N°1: Casos Agudos.

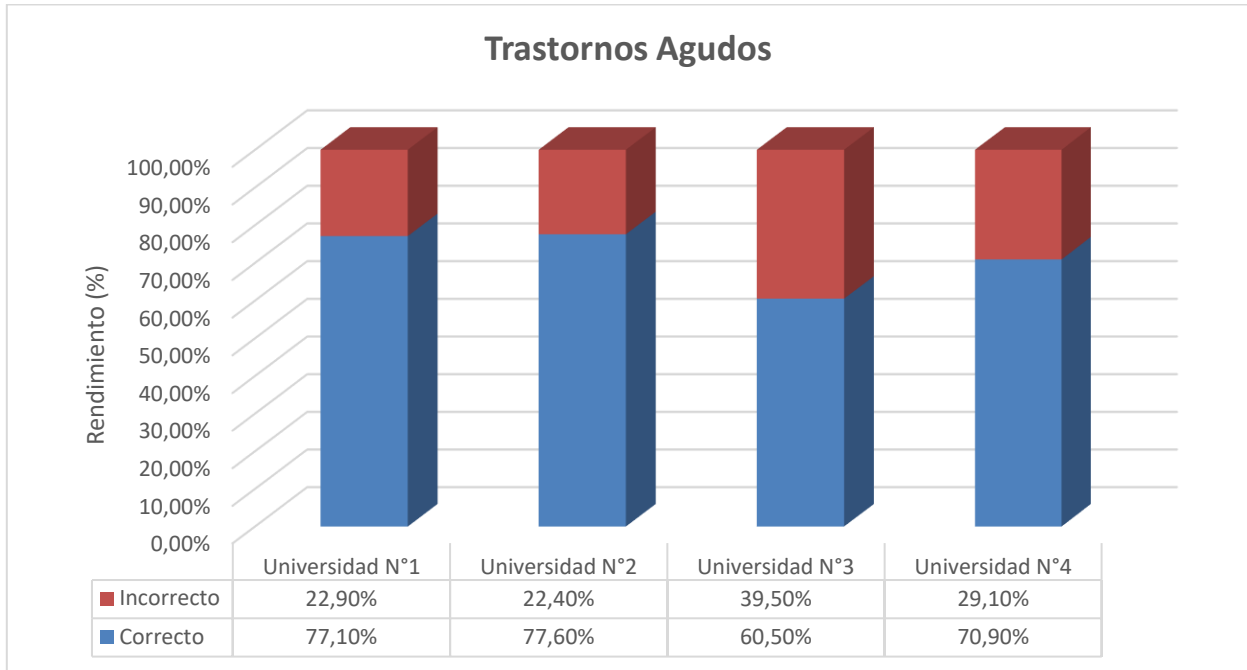


Figura I: Presentación Clínica de Trastornos Agudos.

La Figura I expone que los alumnos con mejor rendimiento en los Casos Agudos son los de la Universidad N°2, con un 77,60% de respuestas correctas. Lo siguen con un 77,10% de respuestas correctas, los alumnos pertenecientes a la Universidad N°1, cuya diferencia con la Universidad N°2 es mínima. Los alumnos de la Universidad N°4 obtuvieron el tercer lugar con un 70,90% de respuestas correctas. Finalmente, los alumnos de la Universidad N°3 obtuvieron el cuarto lugar con 60,50% de respuestas correctas.

Las 4 Universidades participantes obtuvieron un rendimiento de Casos Agudos considerado como Medianamente Logrado.

Presentación Clínica N°2: Tumorción de Tejidos Blandos.

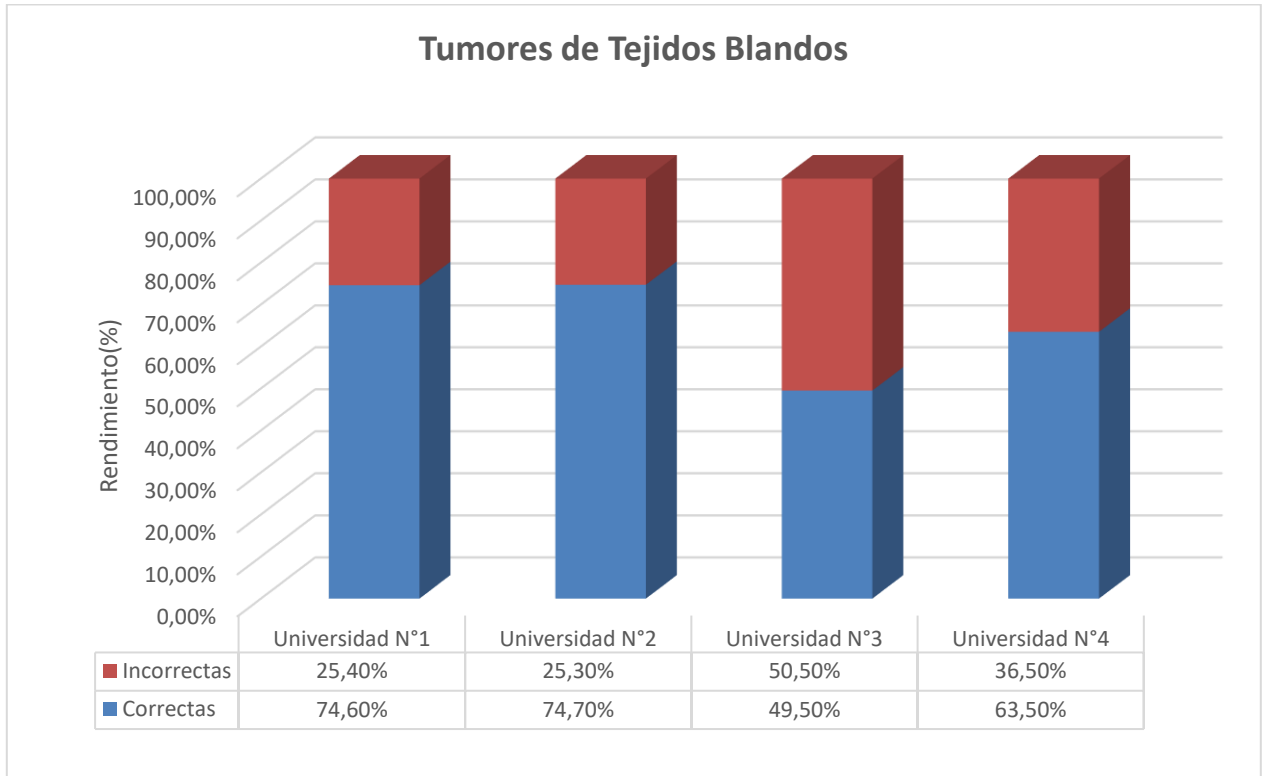


Figura II: Presentación Clínica de Tumores de Tejido Blando.

La Figura II, manifiesta que los alumnos que obtuvieron mejor rendimiento en los casos clínicos de Tumorción de Tejidos Blandos fueron los de la Universidad N°2 con 74,70% de respuestas correctas. Seguidamente de forma inmediata con un 74,60% de respuestas correctas los alumnos de la Universidad N°1. Por consiguiente, están los alumnos de la Universidad N°4 con 63,50% de respuestas correctas. Finalmente, los alumnos de la Universidad N°3 obtuvieron el menor rendimiento con 49,50% de respuestas correctas.

Tanto la Universidad N°1, Universidad N°2 y Universidad N°4 obtuvieron un rendimiento de casos de Tumorción de Tejidos Blandos considerado como Medianamente Logrado, mientras que la Universidad N°3 obtuvo un rendimiento considerado como No Logrado.

Presentación Clínica N°3: Patologías Óseas.

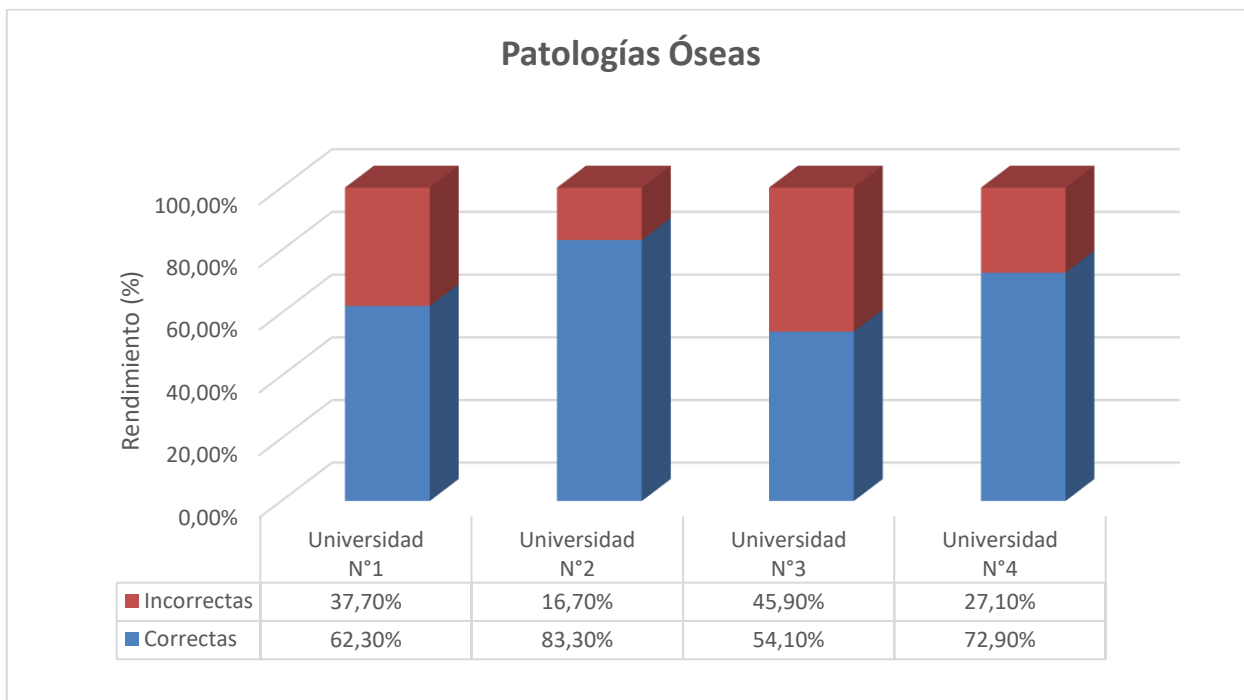


Figura III: Presentación Clínica de Patologías Óseas.

En la Figura III, podemos observar que quienes obtuvieron el mejor rendimiento fueron los alumnos de la Universidad N°2 con el 83,3% de respuestas correctas. A continuación, la Universidad N°4 cuyos alumnos obtuvieron 72,90% de respuestas correctas. Seguidamente, los alumnos de la Universidad N°1 con 62,30% de respuestas correctas. Finalmente, los alumnos con el rendimiento más bajo fueron de la Universidad N°3 con 54,10% de respuestas correctas.

La Universidad N°2 obtuvo un rendimiento considerado como Logrado. La Universidad N°1 y Universidad N°4 obtuvieron un rendimiento considerado como Medianamente Logrado, mientras que la Universidad N°3 obtuvo un rendimiento considerado como No Logrado.

Presentación Clínica N°4: Hamartoma.

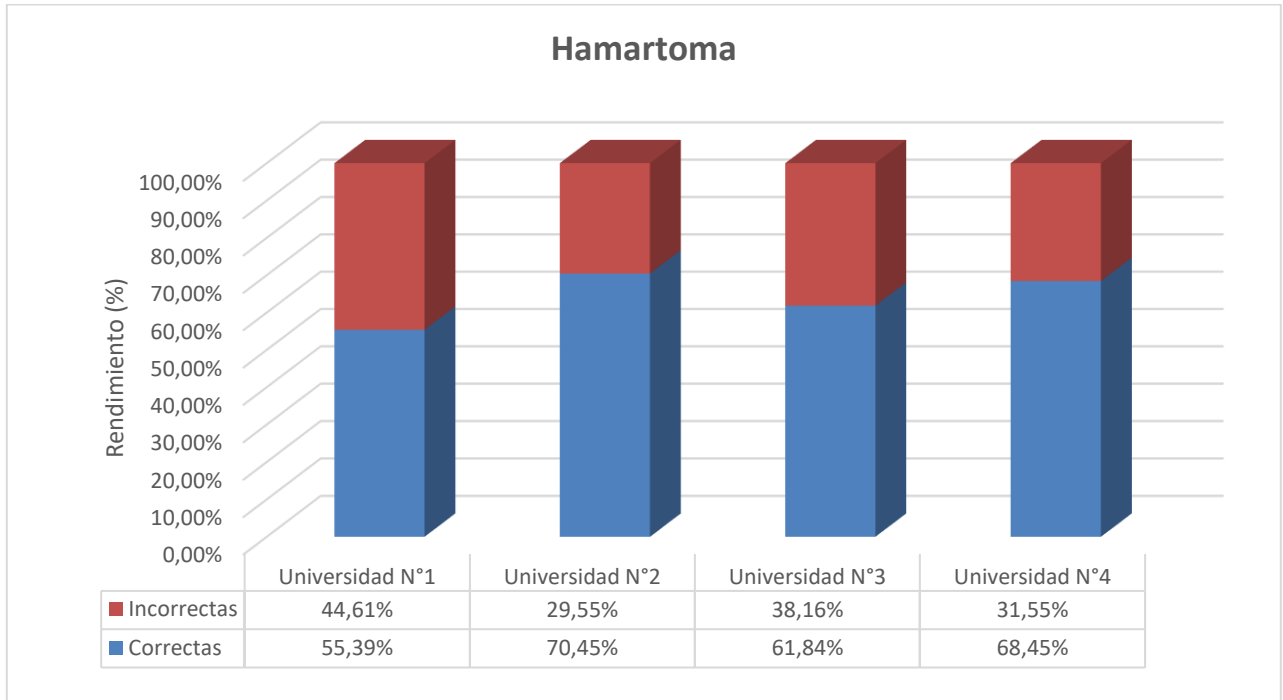


Figura IV: Presentación Clínica de Hamartoma.

De la Figura IV, se interpreta que los alumnos con mejor rendimiento en el caso de Hamartoma fueron los alumnos de la Universidad N°2 con 70,45% de respuestas correctas. Seguidamente, los alumnos de la Universidad N°4 con 68,45% de respuestas correctas. El tercer lugar lo obtuvo la Universidad N°3, cuyos alumnos obtuvieron 61,84% de respuestas correctas. Finalmente, quienes obtuvieron el menor rendimiento fueron los alumnos de la Universidad N°1 con 55,39% de respuestas correctas.

La Universidad N°2, Universidad N°3 y Universidad N°4 obtuvieron un rendimiento que es considerado como Medianamente Logrado. La Universidad N°1 obtuvo un rendimiento considerado como No Logrado.

3.2 Rendimiento Global de las Universidades participantes.

En esta sección analizaremos el rendimiento global de las Universidades participantes de nuestra investigación. Este promedio fue obtenido a partir del total de respuestas correctas obtenidas en el cuestionario de todos los alumnos participantes.

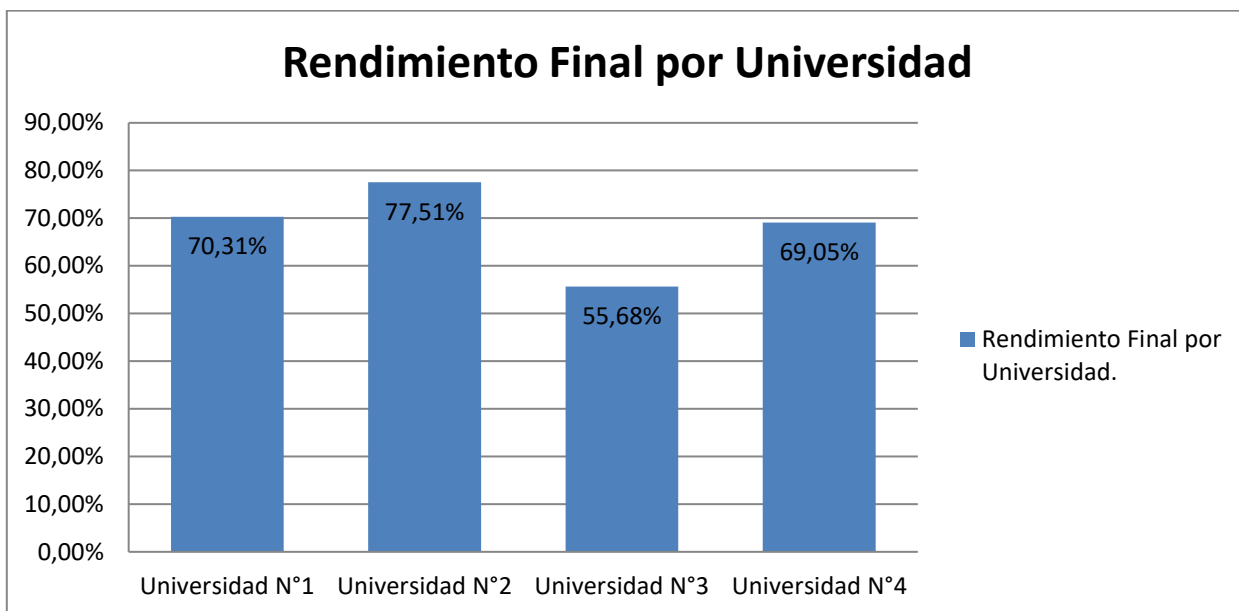


Figura V: Rendimiento Final por Universidad.

La Figura V expone que, en base a la cantidad de respuestas correctas obtenidas en los 16 Casos Clínicos incluidos en el Cuestionario aplicado, los alumnos que reflejaron mayor manejo y conocimiento pertenecen a la Universidad N°2 con un Rendimiento Global de 77,51%. En Segundo lugar, lo obtuvieron los alumnos pertenecientes a la Universidad N°1, con un Rendimiento Global de 70,31%. El Tercer lugar, lo alcanzaron los alumnos pertenecientes a la Universidad N°4, con un Rendimiento Global de 69,05%. Finalmente, el Cuarto Lugar lo recibieron los alumnos de la Universidad N°3, con un Rendimiento Global de 55,68%.

Las Universidades que obtuvieron un rendimiento considerado como Medianamente Logrado fueron la Universidad N°1, Universidad N°2 y Universidad N°4.

Sólo la Universidad N°3 obtuvo un rendimiento considerado como No Logrado.

3.3 Rendimiento global del alumnado.

Al realizar el cálculo del rendimiento de todo el alumnado, obtenemos que el rendimiento global se comprende de un 70,35% de respuestas correctas y de un 29,65% de respuestas incorrectas. El rendimiento del alumnado total (184 participantes) se clasifica como Medianamente Logrado.

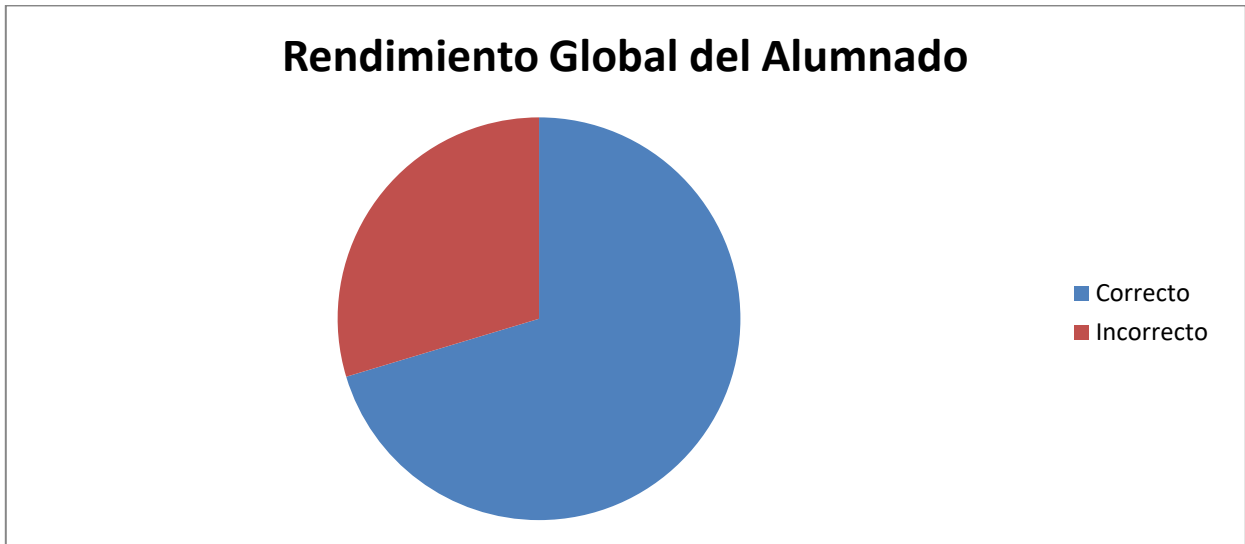


Figura VI: Rendimiento Global del Alumnado.

En cuanto al rendimiento en relación a las diferentes Presentaciones Clínicas en que agrupamos los 16 casos que comprendieron el Cuestionario, tenemos que el rendimiento global del alumnado en Casos Agudos es de 73,4% (26,6% de respuestas incorrectas), en Tumoración de Tejidos Blandos el rendimiento es de 68% (32% de respuestas incorrectas), en Patologías Óseas el rendimiento obtenido es de 71% (29% de respuestas incorrectas) y en Hamartoma el rendimiento es de 63,59% (36,41% de respuestas incorrectas). Los resultados de las 4 Presentaciones Clínicas obtenidos por el alumnado participante se clasifican como Medianamente Logrado.

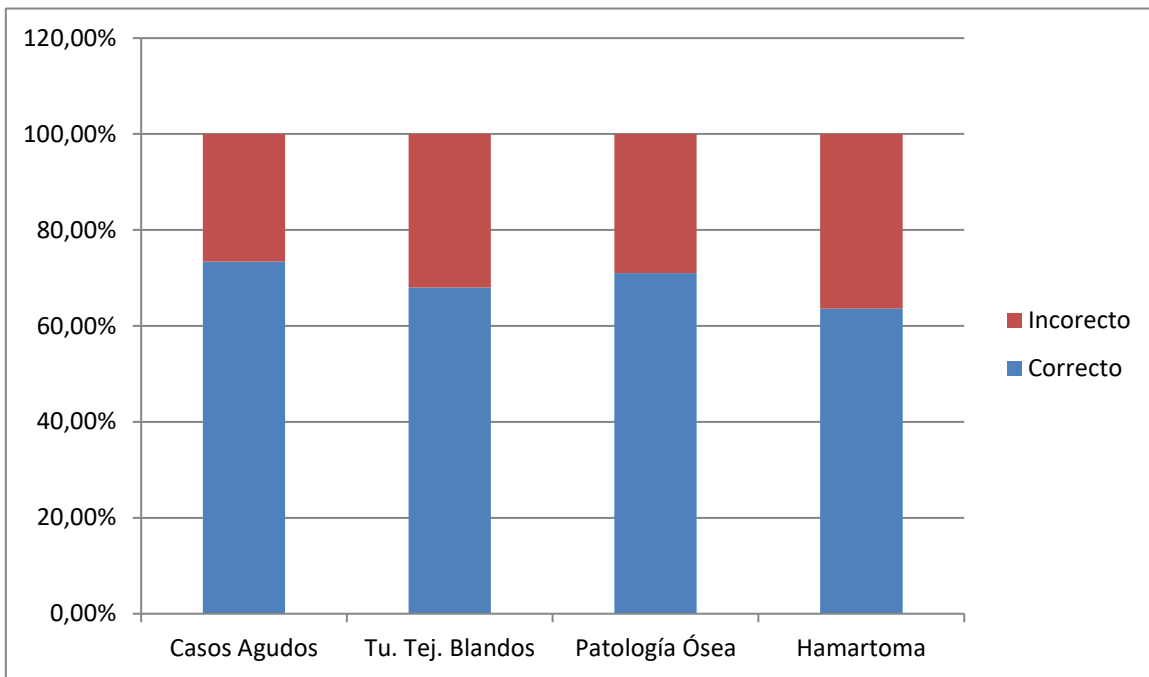


Figura VII: Rendimiento Global del Alumnado, según tipo de trastorno.

4. Consideraciones Éticas.

Se aplicó un instrumento de evaluación a estudiantes con fines descriptivos, el cual no implicaba acciones de intervención. Los resultados que arrojó el estudio fueron sociabilizados a los cuerpos académicos de cada Facultad de Odontología participante. Los estudiantes firmaron un consentimiento informado, para acreditar su participación de carácter voluntario.

5. Limitaciones del Estudio.

Tras realizar la invitación a participar de nuestro trabajo de investigación a las once Facultades de Odontología de la zona central, las cuales se componían de la Universidad de Valparaíso, Universidad Nacional Andrés Bello (Sede Viña del Mar y Santiago), Universidad de Viña del Mar, Universidad Mayor, Universidad de Los Andes, Universidad del Desarrollo, Universidad Pontificia Católica de Chile, Universidad de Chile y Universidad de Talca y Universidad Pedro de Valdivia, sólo recibimos respuesta de siete de ellas.

De estas siete facultades, no hubo colaboración de la U. de Chile, dado que nos relataron que había un trabajo similar y que habría un conflicto de interés. La Sede de Viña del Mar de la U. Andrés Bello pudo cooperar con la investigación, ya que la

Sede de Santiago confirmó que sus alumnos de último año ya se encontraban cursando su Internado y confección de su trabajo de Tesis, por lo que reunir a todo el alumnado era un procedimiento complejo. La U. de Los Andes y U. del Desarrollo, se logró la comunicación por vía correo electrónico, mas no se logró concretar una visita por la ocurrencia de situaciones fortuitas de los establecimientos y directivos.

Al precisar la citación con las universidades colaboradoras, coordinó previamente con los docentes a cargo, respecto a los horarios determinados y el espacio físico para aplicar el cuestionario. Se agradece la colaboración y considerada acogida de los siguientes docentes a cargo: Dr. Benjamín Martínez, Jefe de Cátedra de Patología Oral de la U. Mayor; Dr. René Martínez quien nos respondió y nos derivó al Dr. Leopoldo Saavedra, Director de la Sede Viña del Mar de la U. Nacional Andrés Bello; Dr. Jaime Gaete, coordinador del curso de 5° Año de la U. Viña del Mar; y a nuestro estimado Dr. Wilfredo González, Prof. Coordinador de la asignatura de Medicina Oral de la U. de Valparaíso.

En las visitas a las Facultades de la U. de Valparaíso, U. Andrés Bello y U. Mayor no hubo ningún inconveniente al aplicar el Cuestionario de Patología Oral, la cual se manifestó con una clara participación del estudiantado. No obstante, al coordinar la cita con el docente a cargo de la U. Viña del Mar, nos aconsejó aplicar el cuestionario en el horario en que los alumnos se encontraban en las actividades clínicas de Cirugía, ya que así no habría inasistencia de parte de ellos; lo lamentable fue que la adhesión a la evaluación fue baja (11 de 47 alumnos), dado que al ser voluntario no estimaban necesario participar, o lo realizaban en grupos pequeños a distintos tiempos, por lo que fue complejo cronometrar su evaluación (máximo de una hora), y los alumnos se ubicaban en box dentales contiguos de espacio reducido, rindiendo la prueba de forma colectiva, factores que llevaron a una fuente de error en esta universidad.

VI DISCUSIÓN.

Este estudio es la continuación de dos trabajos de investigación de tesis: “Nivel de conocimiento en patología oral de los odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso” y “Validación de la herramienta de evaluación de conocimientos en patología oral para el odontólogo”, dirigidos por el docente a cargo Dr. Rodrigo Fuentes C., teniendo como finalidad proponer un Cuestionario de Patología Oral para aplicar a los alumnos próximos a egresar y así evaluar sus competencias diagnósticas ante trastornos que presentan una frecuencia particular y que pueden llegar a presentarse en la vida laboral. Posteriormente, la intención es el poder proyectar esta prueba como una herramienta de Examen para alumnos de pregrado y/o evaluar a los colegas odontólogos cierta cantidad de años, a nivel nacional.

Logramos discernir que el rendimiento final general de las Universidades participantes, mayoritariamente fue de Medianamente logrado (72,29% promedio), destacando la Universidades N°2 Y N°1 con un 77,5% Y 70,3% respectivamente; resultado que puede ascender fortaleciendo los segmentos de tumoración de tejido blando y detección de variantes de la normalidad que fue lo que causó mayor complejidad, lo cual hará que los siguientes pasos clínicos a seguir sean los adecuados. La Universidad N°3 obtuvo el resultado más deficiente (55,68%), lo que transmite que se considera necesario un reforzamiento tanto teórico como práctico, dado a que podrían tener mayor dificultad de reconocimiento de lesiones patológicas, cuando ejerzan durante su desempeño laboral, lo que retrasa la decisión de realizar exámenes complementarios y/o de realizar derivaciones pertinentes, lo cual interfiere en otorgar un plan de tratamiento apropiado para el paciente.

El rendimiento expuesto en los resultados de lesiones de mucosa oral, clasificados como medianamente logrado, permiten hacer referencia con el estudio de Ali, et al. (Ali, et al.; 2015) ⁽²⁾, donde se aplicó el mismo tipo de prueba para describir lesiones en mucosa oral, tanto en apariencia clínica, número y sitio localizado; debían evaluar si requerían de la toma de biopsia y confirmación histopatológica, tal cual como nuestro cuestionario. No obstante, tuvieron un decreciente porcentaje de evaluación al diagnosticar este tipo de lesiones (47.5%), ya que en general se desligan de realizar un examen clínico minucioso por enfocarse netamente en los motivos de consulta de los pacientes (tejido dentario). Mientras que los resultados de nuestro trabajo confirman una mayor proporción aun siendo medianamente logrado, ya que hay un certero diagnóstico en las lesiones de tumoración de tejidos blandos, dado que lo reflejado en los alumnos es de un 62,35%, estos mismos están instruidos en ejecutar un examen de rutina, tanto extraoral como intraoral, examinando mucosa yugal, lengua, paladar y demás tejidos, para finalmente, evaluar el tejido dentario y recién en este punto, percatarse del motivo de consulta del paciente (caries, fracturas y/u otras), reflejando el objetivo esencial que debe cumplir todo odontólogo general.

Cabe mencionar que al analizar los resultados del Caso Clínico N° 11 (cáncer espinocelelular), se obtuvo la asertividad de un 70,91%, (de 43% a 87% en las

distintas universidades) evaluado como medianamente logrado, describiendo un manejo adecuado, sin desligarse del paciente oncológico y otorgando indicaciones certeras, tal como fue observado en la investigación de Alpoz, et al. (Alpoz, et al.; 2013) ⁽³⁾, en que se aplicó un cuestionario de alternativas sobre las complicaciones producidas por la terapia del cáncer y el rol del odontólogo en el protocolo de tratamiento previo a la terapia, donde contestan adecuadamente todo el enfoque de conocimiento básico en estas complicaciones, mas en el tratamiento odontológico previo o la medicación de estas mismas complicaciones, hubo resultados deficientes, que puede haya sido por la falta de experiencia o sólo reafirmar el planteamiento teórico. Esto no sucede en lo reflejado en los resultados de las universidades entrevistadas, ya que en varias cátedras tanto de Cirugía, Periodoncia, Rehabilitación Oral además de Patología Oral, se les enfatiza a los estudiantes como aconsejar y que medidas realizar hacia un paciente oncológico.

Por lo mismo, es que estamos mayormente capacitados que inclusive los mismos alumnos de medicina manifestado en el trabajo de investigación de Awan, et al. (Awan, et al.; 2014) ⁽⁵⁾, en que determinaron cómo estos estudiantes detectaron precozmente y previnieron las lesiones cancerígenas orales; crearon un cuestionario vinculado con los hábitos para examinar la mucosa oral, revisar la historia clínica, reconocer factores de riesgo y dominar los cambios relacionados al cáncer oral y si elaboran una derivación adecuada para este tipo de pacientes. Esta encuesta fue realizada en alumnos de 3° a 5° año, a diferencia de nuestra investigación que incorporo solamente los últimos años académicos (alumnos de 5° y 6° Año). En Malasia determinaron que los estudiantes de odontología se encontraban mayormente capacitados para examinar la mucosa oral (98,7%) y asesorar sobre los hábitos de riesgo a los pacientes (93,9%) en comparación con los estudiantes de medicina; es decir, que los futuros colegas poseen un adecuado conocimiento sobre la detección temprana de cáncer oral. Asimismo, se revela en nuestra investigación que los alumnos concentran un porcentaje del 75, 37% (medianamente logrado) en diagnosticar las lesiones de tipo cancerígenas, lo que define que puede que la falta de experiencia en observar este tipo de lesiones en clínica influye en la complejidad del diagnóstico, por lo que sería recomendable el refuerzo en este ámbito por parte de todas las universidades.

Si englobamos los resultados obtenidos en el la determinación de los diagnósticos de todos los casos clínicos, la evaluación del alumnado participante fue de un medianamente logrado (69,07%), lo cual supera lo sucedido en la Facultad de Odontología de Virginia, donde se expuso en la investigación de Kondori, et al. (Kondori, et al.; 2011) ⁽⁴⁾, en que evaluaron la exactitud de los diagnósticos clínicos realizados por odontólogos generales o con alguna especialidad, comparados por un patólogo oral calificado. Se produjo un error diagnóstico en un 43% de los casos a nivel general; 45,9% en odontólogos generales; 42,8% en cirujanos maxilofaciales; y un 41,2% en periodoncistas, lo que refleja una deficiencia en este ámbito, lo que genera un retraso en el tratamiento los cuales podrían llegar a ser fatales en un paciente. Los alumnos participantes de todas las Universidades comprometidas con nuestro estudio, revelan una mejoría en la capacidad de identificar patologías tanto

de tipo agudo, tumoral de tejido blando, óseo o hamartomatoso, lo que define que otorgan un plan de tratamiento adecuado y certero para el paciente que lo requiere.

Las sugerencias que podemos mencionar respecto al Cuestionario que utilizamos, es que las preguntas estén mejor dirigidas hacia el alumno, por ejemplo, en la pregunta que hace referencia a la Indicación de Biopsia y qué profesional la haría, podría ponerse la Opción “Si Biopsia”, “No Biopsia” y otra casilla que diga “¿Quién?”, de esta manera las respuestas serían más acotadas y rápidas de tabular.

Dada la importancia del conocimiento de las patologías más prevalentes que son la base para que nosotros, futuros profesionales seamos capaces de identificar las patologías y derivar, indicar exámenes complementarios y dar el tratamiento adecuado y de forma oportuna, sugerimos que esta evaluación se extienda a todas las Escuelas de Odontología de Chile. Esta idea podría llevarse a cabo mediante la creación de un Software que incluya el Cuestionario, y que se pueda realizar de forma simultánea a lo largo del país; mejor aún si en este software se puede realizar la base de datos de manera inmediata para su análisis. Para ello, se necesitaría de la colaboración de todos los docentes de patología oral, para que apoyen la implementación del proyecto. La utilidad de esta idea es que cada universidad puede medirse y ver cuáles son sus debilidades y fortalezas en las diferentes áreas, con el fin de implementar las mejoras que cada quien necesite. Todo esto en beneficio de formar futuros odontólogos preparados para enfrentar de manera satisfactoria las patologías más prevalentes que afectan a nuestra sociedad.

Como comunidad odontológica debemos estar constantemente buscando mejorar, más allá de la individualidad y sello de cada Universidad, dado que finalmente es nuestra población quien recibirá y esperará que el profesional a quien le confía su salud oral, sea un profesional competente.

VII CONCLUSIONES.

- 1) El Nivel de conocimiento en patología oral de los estudiantes del último año curricular de escuelas de odontología de la zona central es de 70,35%; que en cuanto al nivel de Logro se categoriza como Medianamente Logrado.
- 2) En cuanto a la asertividad diagnóstica en trastornos de la mucosa oral y de los huesos maxilares, para la Universidad N°1 es 72,54%, presentando problemas en los casos de Sialolititisis, Mucocele y Torus Palatino, cuyo rendimiento se clasificó como No Logrado. En tanto, la Universidad N°2 tuvo una asertividad diagnóstica de 78,78%, en donde los casos con menor rendimiento fueron el caso de Liquen Plano, el caso de Adenoma Pleomorfo y el caso de Granuloma Piógeno, los cuales se clasificaron en No Logrados. Para la Universidad N°3, la asertividad diagnóstica fue de 53,87%, teniendo dificultades en los casos de Liquen Plano, Mucocele, Papiloma Oral, Sialolititisis, Tumor Odontogénico Queratoquístico, Adenoma Pleomorfo, Granuloma Piógeno, Odontoma Compuesto y Ameloblastoma, todos considerados como No Logrado. Finalmente, para la Universidad N°4, la asertividad diagnóstica es de 73,76%, teniendo dificultades en el caso de Sialolititisis, Adenoma Pleomorfo y Granuloma Piógeno, todos clasificados como No Logrado.
- 3) Respecto a la Indicación pertinente de Biopsia en los diferentes casos, la Universidad N°1 acertó en 62,50%, teniendo problemas en los casos de Quiste Dentígero, Liquen Plano, Mucocele, Tumor Odontogénico Queratoquístico, Torus Palatino, Odontoma Compuesto y Granuloma Piógeno (No Logrados). La Universidad N°2 indicó de correctamente en el 75,65% de los casos, cuyos casos con mayor dificultad son Liquen Plano, Mucocele y Adenoma Pleomorfo. La Universidad N°3 tuvo una asertividad de 51,13%, en los casos de Quiste Dentígero, Sialolititisis, Adenoma Pleomorfo y Odontoma Compuesto. Finalmente, la Universidad N°4 tuvo una asertividad de 60,04%, teniendo dificultades en los casos Quiste Dentígero, Liquen Plano, Mucocele, Odontoma compuesto (rendimiento inferior al 30%), clasificados como No Logrados.
- 4) En relación a la Indicación de Exámenes Complementarios, la Universidad N°1 realizó de forma correcta la solicitud de exámenes en 70,95%, teniendo dificultades en los casos de Candidiasis Pseudomembranosa, Quiste Dentígero y Liquen Plano. La Universidad N°2 solicitó correctamente exámenes en 71,38%, cuyos casos con menor rendimiento fueron Quiste dentígero, Liquen Plano y Carcinoma Espino Celular. La Universidad N°3 acertó en el 54,54% de las indicaciones de exámenes complementarios, siendo los casos con menor rendimiento Candidiasis Pseudomembranosa, Quiste Dentígero, Liquen Plano, Carcinoma Espinocelular y Adenoma Pleomorfo. La Universidad N°4 tuvo un acierto de 62,12% en la indicación de exámenes complementarios, cuyos casos con mayor dificultad fueron

Candidiasis Pseudomembranosa, Quiste Dentígero, Liquen Plano, Carcinoma Espinocelular y Ameloblastoma.

- 5) En cuanto al rendimiento por Presentación Clínica que obtuvo el alumnado, éste corresponde a 73,4% en Casos Agudos, 68% en Tumoración de Tejidos Blandos, 71% en Patologías óseas y 63,59% en Hamartoma. Los resultados obtenidos en cada una de las presentaciones clínicas se considera como Medianamente Logrado.

VIII RESUMEN

Introducción.

Frente al aumento de Facultades de Odontología, surge la necesidad de determinar cuán preparados están los futuros colegas para actuar/orientar al paciente oportunamente ante trastornos que poseen una frecuencia particular, y que podrían presentarse en la vida laboral. Es por ello que aplicamos un Cuestionario validado a alumnos próximos a egresar de Universidades de la zona central de Chile.

Objetivo.

Reconocer el nivel de conocimiento en patología oral de estudiantes de penúltimo/último año curricular de escuelas de odontología de la zona central del país.

Materiales y Métodos.

Se aplicó a 185 alumnos voluntarios de 4 universidades de la zona central, un cuestionario que presentaba 80 preguntas, estructuradas en 16 casos clínicos que constaban de imagen clínica, anamnesis y 5 preguntas relacionadas al diagnóstico, necesidad de biopsia, exámenes complementarios, actitud clínica e indicaciones pertinentes a cada caso.

Resultados.

Participaron 115 mujeres (62,5%) y 69 hombres (37,5%), con edad promedio de 24,6 años. El alumnado logró 70,35% de respuestas correctas (medianamente logrado). La Universidad N°2 obtuvo un mayor promedio con 77,51% de respuestas correctas, seguido de la Universidad N°1 con 70,31%; sucesivamente, la Universidad N°4 con 69,05%, y la Universidad N°3 con 55,68%.

Conclusión.

El rendimiento final general de las Universidades participantes, fue de Medianamente Logrado; lo que podría mejorar fortaleciendo contenidos de tumoración de tejido blando y detección de variantes de la normalidad que fue lo que causó mayor complejidad.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Du G. LC,SS,XX,CH,ZG. Practising case- based learning in oral medicine for dental students in China. *European Journal of Dental Education*. 2013 February 25; 17(1396-5883): p. 225-228.
2. Ali M JB,SD. Dental Students' Ability to Detect and Diagnose Oral Mucosal Lesions. *Journal of Dental Education*. 2015 February; 79(2): p. 140-145.
3. Alpöz E. GP,EJ,ÇH,OD,BH. Dental students' knowledge of characteristics and management of oral complications of cancer therapy. *Support Care Cancer*. 2013 June; 21: p. 2793-2798.
4. Kondori I. MR,LD. Accuracy of dentists in the clinical diagnosis of oral lesions. *Quintessence International*. 2011 July/August; 42(7): p. 575-577.
5. Awan K. KT,YT,ZR. Assessing oral cancer knowledge and awareness among Malaysian dental and medical students. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2014 October-December; 10(4): p. 903-907.
6. Sapp J. EL,WG. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
7. Matesanz P. BA. Liquen plano: Revisión de la literatura actual. *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA*. 2009; 25(2): p. 99-114.
8. Sapp J. EL,WG. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
9. Rodríguez J. MJ,MH,SJ. Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Estomatología*. 2002 Mayo/Ago; 39(2).
10. Sapp J. EL,WG. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
11. Sapp J. EL,WG. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
12. N. H. Alteraciones. Estomatitis Nicotínica. [Online].; 2012 [cited 2015 Oct. Available from: <http://viralalteracionesbucales3302.blogspot.cl/2015/05/estomatitis-nicotinica.html>.
13. Sapp J. EL,WG. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
14. Adorno D. MA,FM,FM,IM,R,CJ,OA. Carcinoma Verrucoso Oral: Reporte de un Caso Clínico y Revisión de 20 Casos del Instituto de Referencia en Patología Oral (IREPO), Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*. 2010; 3(3): p. 132-135.
15. Regezi J. SJ. *Patología Bucal: Correlaciones clinicopatológicas*. Tercera ed. Interamericana MH, editor. Ciudad de México: S.A de C.V.; 2000.
16. Martínez A. GV,CZ. Resección quirúrgica de mucocele utilizando relleno siliconado. *Salud Uninorte*. 2014 Septiembre; 30(3): p. 498-504.
17. Sapp J. EL,WG. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.

18. Sapp J. EL,WG. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
19. Gallana S. MF,HJ,DM. Adenoma Pleomorfo Intraoral. Rev Esp Cir Oral y Maxilofac. 2006 Enero/Febrero; 28(1): p. 63-66.
20. Sapp J. EL,WG. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
21. Momares B. CG,MB,ÁN,CL. SOBREVIDA EN CARCINOMA ESPINOCELULAR DE MUCOSA ORAL: ANÁLISIS DE 161 PACIENTES. Rev Chil Cir. 2014 Diciembre; 66(6): p. 568-576.
22. Sapp J. EL,WG. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
23. MARTINS-FILHO P. PM,DSL,RD,ST. Aggressive Pregnancy Tumor (Pyogenic Granuloma) with Extensive Alveolar Bone Loss Mimicking a Malignant Tumor: Case Report and Review of Literature. Int. J. Morphol. 2011; 29(1): p. 164-167.
24. Sapp J. EL,WG. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
25. Regezi J. SJ. Patología Bucal: Correlaciones clinicopatológicas. Tercera ed. Interamericana MH, editor. Ciudad de México.: S. A. de C.V.; 2000.
26. Gómez-Carrillo V. GJ,ML,GJ,CA,RJ,MN. Apicectomía quirúrgica: propuesta de un protocolo basado en la evidencia. REV ESP CIR ORAL MAXILOFAC. 2011 Abril/Junio; 33(2): p. 61-66.
27. Sapp J. EL,WG. Patología Oral y Maxilofacial Cotemporánea. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
28. Regezi J. SJ. Patología Bucal: Correlaciones clinicopatológicas. Tercera ed. Interamericana MH, editor. Ciudad de México: S.A. de C.V; 2000.
29. Vázquez D. GP,CE. Quiste dentífero: diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA. 2008 Mayo; 24(6): p. 359-364.
30. Sapp J. EL,WG. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
31. Regezi J. SJ. Patología Bucal: Correlaciones clinicopatológicas. Tercera ed. Interamericana MH, editor. Ciudad de México: S.A de C.V.; 2000.
32. Torrealba R. BF,MC. Tumor odontogénico queratoquístico: Revisión de la literatura a propósito de un caso clínico. Int. J. Odontostomat. 2013; 7(3): p. 373-377.
33. Sapp J. EL,WG. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
34. Regezi J. SJ. Patología Bucal: Correlaciones clinicopatológicas. Tercera ed. Interamericana MH, editor. Ciudad de México: S.A de C.V.; 2000.
35. Blanco G. GB,LF,PL,CM. Odontoma Compuesto Maxilar, Reporte de un caso y Revisión de la Literatura. Acta Odontológica Venezolana. 2011 Oct.; 49(2).
36. Sapp J. EL,WG. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda ed.

- Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
37. Regezi J. SJ. Patología Bucal: Correlaciones clinicopatológicas. Tercera ed. Interamericana MH, editor. Ciudad de México: S.A de C.V.; 2000.
 38. Díaz D. SY,GO,MN. Ameloblastoma. Revisión de la literatura. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2014; 13(6): p. 862-872.
 39. Sapp J. EL,WG. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda ed. Elsevier , editor. Barcelona: Mosby; 2006.
 40. Regezi J. SJ. Patología Bucal: Correlaciones clinicopatológicas. Tercera ed. Interamericana MH, editor. Ciudad de México: S.A. de C.V.; 2000.
 41. Fuentes. Presencia de exostosis orales en pacientes de la ciudad de Temuco, Chile; 2011.
 42. Association. AD. Principles of Ethics and Code of Professional Conduct. ADA. 2012 April;: p. 1-16.
 43. Medicine PD. Graduate Dental Education Programs » Oral Medicine Residency. [Online].; 2015 [cited 2015 Nov. Available from: http://www.dental.upenn.edu/academic_programs_admissions/graduate_dental_education_programs/oral_medicine_residency_program.
 44. Cowpe J. PA,HW,VPH,WA. Profile and competences for the graduating European dentist - update 2009. Eur J Dent Educ. 2010 Nov.; 14(4): p. 193-202.
 45. Kragelund C. RJ,HOE,HJ,JA,KB. Scandinavian Fellowship for Oral Pathology and Oral Medicine: statement on oral pathology and oral medicine in the European Dental Curriculum. Journal of Oral Pathology & Medicine. 2010 Nov.; 39(10): p. 800.
 46. Valparaíso Ud. Estudia Odontología en la Universidad de Valparaíso, Chile. [Online].; 2015 [cited 2015 Nov. Available from: <http://www.uv.cl/carreras/?c=19050>.
 47. Chile Ud. Facultad de Odontología. [Online].; 2015 [cited 2015 Nov. Available from: <http://www.uchile.cl/carreras/5022/odontologia>.
 48. Bello UNA. Odontología. Admisión 2016. [Online].; 2015 [cited 2015 Nov. Available from: http://www.unab.cl/admision/odontologia.aspx?src=google/cpc&gclid=Cj0KEQIAkiWzBRDK1ayo-Yjt38wBEiQAI7NnP-OhUgEw_FrwPp5GhbL52h4bwL61G4q8g7e25IGAg54aAiK68P8HAQ.
 49. COMISIÓN NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE PREGRADO C. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE CARRERAS DE ODONTOLOGÍA. Chile Acreditación. 2003 Marzo;: p. 1-16.
 50. Odontología. EdGFd. PROGRAMA DE ESPECIALIDAD EN PATOLOGÍA ORAL. [Online].; 2014 [cited 2015 Nov. Available from: <http://www.postgradosodontologia.cl/index.php/especialidad/patologia-oral-y-medicina-oral>.

X ANEXOS