



VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN PATOLOGÍA ORAL PARA EL ODONTÓLOGO GENERAL

Trabajo de Investigación

Requisito para optar al

Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Jessenia Becerra Muñoz

Diego Fernández Urtubia

Valeria Oneto Hernández

Docente Guía: Dr. Rodrigo Fuentes Cortés

Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral

Valparaíso- Chile 2014

Dedicatoria:

Llegada esta etapa tan esperada de mi carrera quisiera dedicar este logro a mis padres Sabino y Carmen y a mi hermano Leandro, por apoyarme incansablemente en los momentos en los que creí que este no era mi camino, por creer en mis capacidades, pero por sobre todo porque gracias a ellos he logrado cada uno de mis sueños, con mucho esfuerzo y dificultades, pero jamás escuché un no de su parte, felicidades para ustedes, porque este triunfo es compartido. También quiero agradecer a mi pololo Cristián Basaez, por su comprensión y apoyo, por ser mi mejor amigo, acompañarme y darme ánimo cuando más lo necesité.

Una dedicatoria especial a una mujer muy importante, pero que lamentablemente tuvo que partir antes de tiempo, sé que esta instancia sería perfecta si pudiese compartirla con ella, pero me conformo con pensar que esté donde esté, verá este momento con orgullo...*para ti abuelita Popa.*

No puedo dejar de mencionar a aquellas amistades que me acompañaron en esta aventura, con quienes compartí risas, llantos, frustraciones y porque no decirlo muchas celebraciones. Felicito a quienes terminan junto a mí esta etapa y les dejo todo mi ánimo a quienes aún les queda camino por recorrer.

Mención honrosa se merecen mis queridos compañeros de tesis, *Valeria* eres especial y mi cómplice para renegar contra el mundo, *Diego* llegaste a nuestro grupo para entregar todo aquello que nos faltaba, somos muy diferentes, pero con esas diferencias logramos un excelente resultado, los felicito amigos, lo logramos, gracias por poner tanto de sí, ser tan tolerantes, y jugados. Los quiero mucho y espero la vida les depare mucho éxito, lo merecemos.

Finalmente me gustaría recordar que el trayecto para llegar aquí no fue para nada fácil, muchas veces creí que no lo lograría, pero debo reconocer que cada caída, cada error, cada pena y llanto en las clínicas, me entregaron y se llevaron otro tanto... se llevaron mi miedo al fracaso y me entregaron una confianza gigante en mí misma, me demostraron que lo importante es jugar hasta el final, ser perseverante y que poniendo todo mi esfuerzo y con el apoyo de mis seres queridos, puedo lograr lo que sea.

Jessenia Denisse Becerra Muñoz

Dedicatoria:

A mi madre, Ana María Hernández y mi padre, Franco Oneto Valenzuela; por su amor, apoyo incondicional y buenos principios que me inculcaron desde la más tierna infancia. Sin la perseverancia, honradez, compasión, sencillez, ansias de conocimiento, empatía y respeto por la naturaleza que ellos me enseñaron, me hubiera sido imposible desempeñarme en esta carrera y en mi vida.

A mi hermano, Gianfranco Oneto Hernández, por las largas noches en las que me acompañó para hacer del trabajo algo más llevadero, por la complicidad, por su activa participación en mi formación profesional y la paciencia que tuvo antes mis arrebatos por el estrés.

A mis abuelos, Pedro Hernández Santander y Ana Mesias Fernández por su preocupación, amor, dedicación y apoyo constante en la trayectoria. Fueron unos de los pilares fundamentales en mi desarrollo tanto profesional, como espiritual y moral.

A mis tías, Evelyn Hernández Mesias y Marianela Hernández Mesias por los favores concedidos a lo largo de la carrera, los hospedajes, el apoyo y la fe en los momentos en que todo parecía perdido.

A Francisco Ferrada Sotelo, por ser el soporte durante toda esta etapa, por su paciencia, por su apoyo total, su cariño infinito y su amor incondicional; gracias por estar conmigo desde el principio, acompañarme en el trayecto y colaborar con el fin.

A mis amigas, María Jesús González, Gabriela Vera, Karymme Ilabaca, Daniela Pino, María Ignacia Ramos, Susana Cerda y Daisy Gorup; por su lealtad, consejos, paciencia, por las risas, el cariño y el apoyo

A mis amigos, Martín Cifuentes, Eduardo Tobar, Cristóbal Rivera y Pedro Tapia; por los buenos momentos, las historias, los consejos, las tallas y su amistad.

A los buenos docentes, por su capacidad para escuchar, por su interés por entregar una educación de calidad, el apoyo a sus alumnos, su empatía, la cercanía y el amor que demostraban en cada una de sus acciones.

A mis compañeros de tesis Jessenia Becerra y Diego Fernández por hacer realidad este proyecto, por acompañarnos mutuamente en la travesía, consolarnos en los tiempos difíciles y celebrar los triunfos.

Gracias a todos, los llevaré siempre en mi corazón.

Valeria Victoria Oneto Hernández

Dedicatoria:

En primer lugar a mis compañeras de tesis Jessenia Becerra y Valeria Oneto por integrarme con la mejor disposición a un proyecto que ya llevaba la mitad del camino trazado. Por su motivación, empeño y alegría. A mis padres por inculcarme la alegría de vivir, a mis hermanos por darle alegría a mi vida, a mi familia por apoyarme en todo momento, a mis amigos por estar incondicionalmente y haber construido los mejores recuerdos universitarios y a mi polola por compartir maravillosamente los dos últimos años juntos.

Diego Alejandro Fernández Urtubia

Agradecimientos:

Agradecemos la participación y buena disposición de los patólogos pertenecientes a la Sociedad de patología oral y maxilofacial de Chile que fueron parte de este estudio, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible la realización de este trabajo.

Un agradecimiento especial a nuestro docente guía, por su apoyo y dedicación en la realización de todas las etapas de este trabajo de investigación.

Mención especial se merecen Verónica Alvarado y Marcos Chávez por su importante rol en el desarrollo de nuestra tesis y su apoyo a lo largo de todos estos años.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
2. MARCO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
2.1 Aprendizaje y medición del conocimiento en patología oral	¡Error! Marcador no definido.
definido.	
2.2 Validación del instrumento	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1 Validez del contenido	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2 Validez de criterio o criterial	¡Error! Marcador no definido.
2.2.3 Validez del constructo	¡Error! Marcador no definido.
2.3 Tipo de instrumento, la escala Likert	¡Error! Marcador no definido.
2.4 Confiabilidad del instrumento.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.1 Coeficiente Alfa de Cronbach.....	¡Error! Marcador no definido.
2.5.1.1Trastornos de la Mucosa oral	¡Error! Marcador no definido.
2.5.2.1Trastornos de la mucosa oral	¡Error! Marcador no definido.
2.5.2.2Trastornos de las glándulas salivales.....	¡Error! Marcador no definido.
2.6 Cuestionario de patología oral	¡Error! Marcador no definido.
2.7 Perfil del Odontólogo en relación a la formación en Patología Oral	¡Error! Marcador no definido.
definido.	
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	¡Error! Marcador no definido.
3.1 Objetivo general.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2 Objetivos específicos	¡Error! Marcador no definido.
3.3 Hipótesis de investigación	¡Error! Marcador no definido.
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1 Diseño del estudio	¡Error! Marcador no definido.
4.4 Población de estudio	¡Error! Marcador no definido.
4.5 Selección y tamaño de la muestra	¡Error! Marcador no definido.
4.6 Marco espacio – temporal	¡Error! Marcador no definido.
4.7 Criterios de Inclusión	¡Error! Marcador no definido.
4.8 Variables	¡Error! Marcador no definido.
4.9 Ficha de recolección de datos.....	¡Error! Marcador no definido.
4.11. Análisis estadísticos	¡Error! Marcador no definido.
Coeficiente Alfa de Cronbach:	¡Error! Marcador no definido.
4.12. Presupuesto y recursos necesarios	¡Error! Marcador no definido.

5. RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
5.1 Características generales del grupo de expertos	¡Error! Marcador no definido.
5.2 Análisis descriptivo del Cuestionario de conocimiento de patología oral	¡Error! Marcador no definido.
5.3 Análisis del cuestionario de apreciación.....	¡Error! Marcador no definido.
5.4 Validez de Contenido	¡Error! Marcador no definido.
5.5 Análisis de Confiabilidad	¡Error! Marcador no definido.
6. DISCUSIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
7. CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.
8. SUGERENCIAS	¡Error! Marcador no definido.
9. RESUMEN.....	¡Error! Marcador no definido.
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	¡Error! Marcador no definido.
11. ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
11.1 Anexo N°1 Carta de invitación a participar en el estudio.	¡Error! Marcador no definido.
11.2 Anexo N°2 Consentimiento Informado	¡Error! Marcador no definido.
11.3 Anexo N°3 Pauta de evaluación del instrumento Abril-Mayo 2014 ..	¡Error! Marcador no definido.
11.4 Anexo N° 4 Cuestionario de patología oral dirigido al odontólogo general.	¡Error! Marcador no definido.
11.5 Anexo N°5 Resumen apoyo imagenológico casos clínicos	¡Error! Marcador no definido.
11.6 Anexo N° 6 Carta Gantt.....	¡Error! Marcador no definido.
11.7 Anexo N°7 Resumen estudios de prevalencia de las enfermedades orales	¡Error! Marcador no definido.
11.8 Anexo N° 8	¡Error! Marcador no definido.
11.9 Anexo N°9 Alpha de Cronbach por ítem	¡Error! Marcador no definido.
11.10 Anexo N°10 Alpha de Cronbach sin el caso 16	¡Error! Marcador no definido.

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace un tiempo, nuestro país ha experimentado un creciente aumento de las facultades de odontología y un incremento en la entrada de profesionales extranjeros; esto hace necesario pensar en una forma de evaluar y a la vez discriminar las habilidades y conocimientos de los odontólogos, para así certificar y respaldar el buen ejercicio de la profesión en el área pública y privada.

Durante el año 2012-2013, la Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral desarrolló un seminario de tesis destinado a evaluar el nivel de conocimiento sobre diversas afecciones orales, a través del análisis de 12 casos y un cuestionario de 60 preguntas en total, el cual se aplicó a los académicos de la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso. Esto tenía como finalidad no sólo detectar el nivel de conocimiento, sino también, servir de base para generar una experiencia de evaluación homogénea para profesionales.

Debido a lo anterior, ¿qué elementos del instrumento en Patología Oral para el odontólogo general requieren ser corregidos para continuar con su validación según el juicio de expertos?

Con esta investigación pretendemos continuar mejorando el instrumento de evaluación y realizar el proceso de validación correspondiente. Los resultados nos permitirán determinar la factibilidad de su ejecución y corregir los errores e incongruencias que los expertos señalen, todo lo anterior con la finalidad de que, a futuro, sea utilizado para medir el conocimiento de patología oral de los estudiantes de odontología.

La existencia de una estandarización diagnóstica y terapéutica para los cirujanos dentistas de nuestro país, generará más confianza en los pacientes con la profesión y servicios de salud. Para mejorar el instrumento se requiere tener un conocimiento básico previo, por lo que es importante contar con la información que nos entregan los estudios epidemiológicos para la comprensión de la prevalencia, la incidencia y gravedad de la enfermedad oral en una población específica. Se realizó una búsqueda actualizada de estudios de prevalencia para determinar cuáles serían las lesiones más frecuentes en la práctica clínica diaria, los exámenes complementarios que puedan contribuir al diagnóstico y el manejo clínico y terapéutico de cada una.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Aprendizaje y medición del conocimiento en patología oral

El odontólogo general juega un papel importante en el diagnóstico precoz y el tratamiento de lesiones orales. Es importante hacer hincapié en que un tratamiento basado únicamente en una impresión clínica del diagnóstico, sin confirmación histológica, puede dar como resultado consecuencias graves, sobre todo cuando la lesión es neoplásica o precancerosa. No obstante, un estudio arroja que el 43% de los diagnósticos realizados por los odontólogos fueron incorrectos (Kondori et al., 2011). Los dentistas generales diagnosticaron mal un 45,9%, los cirujanos maxilofaciales 42,8%, los endodoncistas un 42,2% y los periodoncistas el 41,2% (Kondori et al., 2011). Los diagnósticos errados más comunes fueron hiperqueratosis, hiperplasia fibrosa inflamatoria focal, fibroma, granuloma periapical y quiste radicular (Kondori et al., 2011). Estos resultados apoyan estudios previos donde los hallazgos indicaban que los dentistas tienen dificultades en el diagnóstico de las lesiones orales, independiente de su tipo de práctica (Kondori et al., 2011).

En el año 2009, con el fin de identificar, comparar y analizar los conocimientos y opiniones de los odontólogos respecto a las lesiones de la mucosa oral y evaluar las diferencias entre las actitudes de los distintos centros de salud se efectuó un estudio en el que a 300 dentistas respondieron un cuestionario, donde los resultados arrojaron que:

- El 85% de los dentistas admitió tener dificultades en el diagnóstico de lesiones de la mucosa oral, en donde la principal causa resultó ser la falta de educación en este tema impartida en la universidad.
- El 62% no actualiza su conocimiento en la literatura de las enfermedades de la mucosa oral.
- El 93% no realiza biopsias o interconsultas a otros especialistas. Además, la mayoría de los dentistas preferían consultar con los especialistas en dermatología y medicina interna si tenían dificultad para establecer un diagnóstico o en el tratamiento de las lesiones de la mucosa oral (Ergun et al., 2009).

Debido a la relevancia del diagnóstico precoz de lesiones malignas el año 2006, Soane quiso medir la experiencia y habilidades diagnósticas de los dentistas generales para detectar correctamente el cáncer oral y las lesiones precancerosas. Lo anterior se midió mediante la exposición de imágenes, casos clínicos y luego se les aplicaron cuestionarios donde los odontólogos debían responder preguntas orientadas al manejo que tendrían ante las lesiones presentadas. Los resultados obtenidos fueron resumidos en la Tabla I donde la columna izquierda representa las actitudes clínicas por las que optarían frente a las distintas lesiones y en la columna derecha se expresa el porcentaje de Odontólogos que optó por dicha actitud o que obtuvo un diagnóstico acertado, en el caso de las dos últimas filas.

Actitudes clínicas	Porcentaje de odontólogos
Realizaron exámenes clínicos de rutina	87,5%
Asesoramiento para modificación de factores de riesgo	84,4%
Biopsia de lesiones sospechosas	84,4%
Sensibilidad al diagnóstico visual de lesión cancerosa	61,4%
Sensibilidad al diagnóstico visual de lesión precancerosa	59,5%

Tabla I: Resumen de las actitudes clínicas más frecuentes de los odontólogos en estudio.

Analizando los resultados de las pruebas realizadas por Soanne para detección y manejo de lesiones cancerosas y precancerosas, los resultados más impactantes consistieron en los bajos porcentajes de aciertos obtenidos en la detección visual y diagnóstico de lesiones neoplásicas (61,4%) y precancerosas (59,5%). Todo esto nos sugiere la necesidad de mejorar la capacidad diagnóstica de los odontólogos en la detección visual de cáncer/precáncer oral mediante el continuo fortalecimiento de la educación profesional (Soane et al., 2006).

2.2 Validación del instrumento

En el contexto de una investigación científica, los instrumentos de medición deben cumplir con condiciones mínimas de validez y confiabilidad. Según Ruiz, la validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Al respecto señala que la validez es un concepto del cual puede obtenerse evidencias relacionadas con: el contenido, el criterio y el constructo (Ruiz., 1998). En cuanto a la confiabilidad, Hernández señala: "La confiabilidad de un instrumento se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados" (Hernández et al., 1996).

La validez de un test indica el grado de exactitud con el que mide el constructo teórico que pretende medir y si se puede utilizar con el fin previsto. Es decir, un test es válido si "mide lo que dice medir". Es la cualidad más importante de un instrumento de medida. Se puede decir, que la validez tiene tres grandes componentes:

- Validez de contenido
- Validez de criterio o criterial
- Validez de constructo

2.2.1 Validez del contenido

Se define como el grado en que los ítems que componen el test representan el contenido que el test trata de evaluar. La validez de contenido se utiliza

principalmente con test de rendimiento, y especialmente en los educativos y los referidos al criterio. En este tipo de test se trata de comprobar los conocimientos respecto a una materia o un curso. La validez de contenido descansa generalmente en el juicio de expertos. Por tanto, se basa en la definición precisa del dominio y en el juicio sobre el grado de suficiencia con que ese dominio se evalúa.

A pesar de que no se utiliza un índice de correlación para expresar la validez de contenido, existen procedimientos para cuantificarlo. Algunos de estos procedimientos son:

1. *Cálculo de descriptivos*: Consiste en calcular la media y la desviación típica de todos los ítems. A continuación, se determinará una puntuación de corte (o índice de validez de contenido) que refleje, en base a la evaluación de los expertos, que la puntuación de un ítem es demasiado baja como para ser incluido en la escala. Para evaluar las puntuaciones designadas por los expertos se han de tener en cuenta los siguientes puntos:

- Ser capaz de justificar la decisión sobre la puntuación corte.
- Usar la misma puntuación de corte para todos los ítems de la escala, incluso si la escala es multidimensional. No poner una puntuación de corte tan alta que implique eliminar muchos ítems.

1.1. *Índice de validez de contenido (IVC)*: Lawshe propuso un índice de validez basado en la valoración de un grupo de expertos de cada uno de los ítems del test como innecesario, útil y esencial. El índice se calcula a través de la siguiente fórmula:

$$IVC = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

Ecuación 1: Índice de Validez del Contenido. (Chiner, 2011)

Donde n_e : es el número de expertos que han valorado el ítem como esencial.
N: el número total de expertos que han evaluado el ítem.

El IVC oscila entre +1 y -1, siendo las puntuaciones positivas las que indican una mayor validez de contenido. Un índice $IVC = 0$ indica que la mitad de los expertos han evaluado el ítems como esencial. Los ítems con un IVC negativo serán eliminados. Lawshe sugiere que un $IVC = 0,29$ será adecuado cuando se hayan utilizado 40 expertos, un $IVC = 0,51$ será suficiente con 14 expertos, pero un IVC de, al menos, 0,99 será necesario cuando el número de expertos sea 7 o inferior (Lawshe., 1975, citado en Chiner, 2011).

2.2.2 Validez de criterio o criterial

Es un criterio estándar con el cual se juzga si el instrumento mide lo que fue diseñado para medir, es decir su validez. Para esto se utiliza el denominado coeficiente de validez, la que corresponde a la correlación del test con un criterio externo. La elección de dicho criterio es el aspecto crítico en este procedimiento de determinación de la validez, ya que es muy difícil obtener buenos criterios. Un mismo test puede tener más de un tipo de validez, es decir puede estar validado con respecto a varios criterios y los diferentes coeficientes de validez que resultan pueden tener valores diferentes. Dentro del concepto de validez de criterio cabe distinguir a su vez entre:

1. *Validez externa*: cuando correlacionamos el test con un criterio de evaluación externo, esto nos da la posibilidad de generalización. Por ejemplo, si aplicamos un test de métodos de aprendizaje en una determinada universidad y los resultados se pueden generalizar a la enseñanza en todas instituciones de educación superior.
2. *Validez interna*: el grado de confianza que existe en que los resultados se interpreten adecuadamente y sean válidos.

2.2.3 Validez del constructo

Se puede considerar un concepto general que abarcaría los otros tipos de validez. El término constructo hace referencia a un concepto teórico psicológico no observable (ej. la inteligencia, cada factor de personalidad, las aptitudes, las actitudes, etc.). La definición operativa de estos constructos presenta considerables dificultades en la práctica, ya que no son directamente observables. Debido a esto, la validación de un constructo es un proceso laborioso y difícil. Para la estimación de la validez de constructo se utiliza una metodología variada.

Algunos de los métodos más utilizados son:

1. *Métodos correlacionales*: los coeficientes de correlación nos indican la relación del test con el conjunto de instrumentos de medida y criterios posibles, así como la relación entre el test y el constructo. Esto mediante:
 - Correlación del test con un criterio externo
 - Correlación test con otros test que pretenden medir los mismos aspectos o aspectos semejantes.
 - Correlación del test con otros test que miden características, que nada tienen que ver con el constructo que subyace al test.
2. *Análisis Factorial del test*: el análisis factorial permite ordenar los datos y facilitar la interpretación de las correlaciones. Se espera un factor explicativo del constructo con saturaciones altas del test en los test que miden aspectos parecidos, y con saturaciones bajas aquellos test que miden aspectos diferentes. Con frecuencia se habla de la estructura factorial de un test como validez estructural o validez factorial

3. *Análisis de las diferencias individuales que pone de manifiesto un test:* se refiere al análisis de la distribución de las puntuaciones de test y a comparaciones estos aspectos en distintas muestras. Diferentes edades, sexos, niveles profesionales, etc. Estas comparaciones no son arbitrarias, sino que se derivan de hipótesis que se hacen en función de los conocimientos que se tiene del constructo.

4. *Análisis de los cambios en las diferencias individuales:* se refiere a la investigación diacrónica de los mismos sujetos con el mismo test. Este tipo de estudios permite conocer la estabilidad del rasgo a lo largo del tiempo y a través de situaciones.

5. *Análisis lógico de los elementos del test:* se refiere al análisis de ítems del test en relación con el constructo. Aquellos ítems que se correlacionan positivamente entre sí, pertenecen al mismo constructo. Esto significa que el análisis de consistencia interna de un test no sólo aporta datos respecto a su fiabilidad, sino también a su validez. Si se obtiene un coeficiente de consistencia interna bajo, significa que el test no mide un único constructo.

Todos estos métodos enumerados se complementan entre sí. Se trata de ver el constructo que intenta medir el test desde diferentes ángulos. Por tanto, no existe una única medida de la validez de constructo.

2.3 Tipo de instrumento, la escala Likert

La escala de rangos sumados conocida como escala Likert es un instrumento estructurado, de recolección de datos primarios utilizado para medir variables en un nivel de medición ordinal a través de un conjunto organizado de ítems, llamados también sentencias, juicios o reactivos, relativos a la variable que se quiere medir, y que son presentados a los sujetos de investigación con respuestas en forma de un continuo de aprobación-desaprobación para medir su reacción ante cada afirmación; las respuestas son ponderadas en términos de la intensidad en el grado de acuerdo o desacuerdo con el reactivo presentado y esa estimación le otorga al sujeto una puntuación por ítem y una puntuación total que permite precisar en mayor o menor grado la presencia del atributo o variable (Blanco, 2000).

2.4 Confiabilidad del instrumento

Según Hernández se puede entender la confiabilidad como “una propiedad de los instrumentos de medición consistente en que éstos, aplicados dos veces a los mismos sujetos, deben obtener el mismo valor” (Hernández, 1996). Otros autores consideran que es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes (Baptista et al., 2006).

2.4.1 Coeficiente Alfa de Cronbach

La medición de la consistencia interna es el camino más habitual para estimar la fiabilidad de pruebas, escalas o test, cuando se utilizan conjuntos de ítems o reactivos que se espera midan el mismo atributo o campo de contenido. La principal ventaja de este método es que requiere solo una administración de la prueba; además, los principales coeficientes de estimación basados en este enfoque son sencillos de computar y están disponibles como opción de análisis en los programas estadísticos más conocidos, como *SPSS*, *Statistica* o *SAS*. Dentro de esta categoría de coeficientes, Alfa de Cronbach es, sin duda, el más ampliamente utilizado por los investigadores (Dolores y Gómez, 2009)..

- Alfa (α) estima el límite inferior del coeficiente de fiabilidad y se expresa como:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Ecuación 2 Coeficiente Alfa de Cronbach (Dolores y Gómez, 2009)

- Donde k es el número de ítems de la prueba.
- S_i^2 es la varianza de los ítems (desde 1...i).
- S_{sum}^2 es la varianza de la prueba total.

El coeficiente mide la fiabilidad del test en función de dos términos: el número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems.

2.5 Lesiones más frecuentes en patología oral, prevalencia y orientación al tratamiento

Clasificamos las lesiones de acuerdo al tipo de tejido en el que se desarrollan en mucosa, glándulas salivales y huesos maxilares. Las lesiones fueron seleccionadas de acuerdo a su prevalencia (ver anexo, buscar e anexo) considerando las más comunes en cada categoría, además de algunas patologías que fueron agregadas por el docente.

- 1) Mucosa oral
 - a) Candidiasis oral
 - b) Liquen plano
 - c) Herpes recidivante oral
 - d) Papiloma oral
 - e) Úlcera traumática
 - f) Carcinoma espinocelular

- g) Granuloma piógeno

- 2) Glándulas salivales
 - a) Mucocele
 - b) Sialolitiasis
 - c) Adenoma pleomorfo

- 3) Huesos maxilares
 - a) Quiste radicular
 - b) Quiste dentífero
 - c) Tumor odontogénicoqueratoquístico
 - d) Odontoma
 - e) Ameloblastoma
 - f) Torus palatino

2.5.1 Definiciones conceptuales

2.5.1.1 Trastornos de la Mucosa oral

2.5.1.1.1 Candidiasis

La candidiasis es la infección oportunista oral más común, causada por el patógeno comensal *Cándida albicans*. Se presenta de variadas formas, la más común es la variante Seudomembranosa, la cual se caracteriza por la aparición de placas blancas cremosas semejantes al queso *cottage* o leche cuajada en la mucosa oral (Neville et al., 2009). Si está afectada la zona de las comisuras en una infección conjunta con el *Stafilococcus aureus*, la cual se designa como queilitis angular; los síntomas incluyen eritema en pacientes mayores y está asociada a una pérdida de la dimensión vertical (Sapp, 2008).

Manejo clínico y tratamiento

El tratamiento corresponde a la administración de anti fúngicos de forma tópica por al menos una semana, más la indagatoria propia para reconocer la condición de inmunosupresión. (Neville et al., 2009)

2.5.1.1.2 Liquen plano

Es una enfermedad crónica de base inmunitaria mucocutánea relativamente común, que a menudo afecta la mucosa oral. Los tipos más comunes son el reticular y la variante Erosiva, respectivamente. El liquen plano reticular se manifiesta con las estrías de Wickman que son líneas blanquecinas elevadas y finas, conectadas, formando arcos, que dan lugar a un “patrón reticular” (Regezi et al., 2000). El liquen plano erosivo presenta sintomatología dolorosa y presenta una mezcla de seudomembranas eritematosas y blanquecinas. Con frecuencia, la unión entre las zonas erosivas y la mucosa bucal se aprecia como un tenue tinte blanquecino con aspecto de estrías radiales.

Manejo clínico y tratamiento

El diagnóstico definitivo de liquen plano solo puede obtenerse mediante la histopatología, por lo tanto, toda lesión sospechosa debe sometida a biopsia, si se sospecha de liquen plano. Su tratamiento se basa en la aplicación de corticoides o inmunomoduladores tópicos o sistémicos.

2.5.1.1.3 Herpes recidivante oral

Es una enfermedad mucocutánea, causada por el virus *Herpes simplex* tipo 1 o 2, que se presenta con múltiples pápulas pequeñas y eritematosas formando grupos de vesículas que se rompen y forman costras en un período de dos días.

Manejo clínico y plan de tratamiento

El tratamiento consiste en administrar antivirales tópicos (Aciclovir al 5%, por ejemplo) durante la fase prodrómica, para reducir en el número de lesiones y duración de las costras y/o sintomatología (Reguezzi, 2000).

2.5.1.1.4 Papiloma Oral

Es una proliferación benigna papilar exofítica. Posee una base pedunculada y un crecimiento digitiforme lo que le otorga una apariencia similar a una coliflor (Reguezi et al., 2000).

Manejo clínico y plan de tratamiento

El tratamiento consiste en la remoción con láser (Neville et al., 2009) o extirpación quirúrgica desde la base de la lesión incluyendo una pequeña área del tejido conectivo circundante (Sapp et al., 2008). En ocasiones, se puede manejar con antivirales de uso tópico como el Imiquimod.

2.5.1.1.5 Úlcera Traumática

Corresponde a una úlcera por lo general única, en cuyo límite presenta un halo eritematoso difuso que la rodea. Se presentan con un fondo limpio, cubiertas con una capa amarillo-blanquecina, que corresponde a fibrina.

Manejo clínico y tratamiento

Si tiene una duración menor a 14 días, bastará remover la etiología traumática. Si el factor etiológico no es evidente o el paciente no responde al removerlo, se debe optar por la biopsia y administrar anestésicos tópicos para disminuir el dolor y en algunos casos acelerar la curación.

2.5.1.1.6 Carcinoma Espinocelular

Es la neoplasia maligna del epitelio plano estratificado más frecuente de observar (Sapp et al., 2008). En las etapas más tempranas se manifiesta como placas blancas, eritematosas o combinadas (WHO, 2005). Las lesiones más avanzadas pueden ser masas tumorales de crecimiento rápido; úlceras con bordes indurados fondo indefinido y de aspecto necrótico (fondo sucio); también, puede adoptar un aspecto verrucoso. Es propenso a dar metástasis temprana y extensa, especialmente en los linfonodos (WHO, 2005).

Manejo clínico y tratamiento

La primera maniobra a realizar es una biopsia. Se sugiere realizar una biopsia incisional que incluyan los márgenes de la lesión y márgenes aparentemente sanos o de 2-3 mm alejados de la lesión (Seoane et al., 2006).

2.5.1.1.7 Granuloma Piógeno

Lesión nodular reactiva con base pediculada, que posee un rápido crecimiento células endoteliales en respuesta a un traumatismo o irritación crónica (Sapp, 2008). Históricamente, también se le ha denominado tumor del embarazo, ya que se ha observado su aparición desde el primer trimestre del embarazo y puede remitir totalmente después del parto (Lindhe, 2009).

Manejo clínico y tratamiento

El tratamiento consiste en extirpación quirúrgica desde la base de la lesión, posteriormente, se debe eliminar el todos los posibles factores que la hayan causado.

2.5.1.2 Trastornos De Las Glándulas Salivales

2.5.1.2.1 Mucocele

Es una lesión de la mucosa oral que resulta de la ruptura de un conducto de la glándula salival menor con el consecuente derrame de la mucina en los tejidos blandos circundantes.

Manejo clínico y tratamiento

Para realizar un diagnóstico diferencial se debe practicar la maniobra punción aspiración a la lesión, se obtendrá un material viscoso, que corresponde a la mucina extravasada (Regezi et al., 2000). Posteriormente, se procederá con la extirpación quirúrgica y biopsia.

2.5.1.2.2 Sialolitiasis

Corresponde a un cuadro obstructivo que afecta a las glándulas salivales mayores. Estas ocurren generalmente por la presencia de estructuras calcificadas que se desarrollan en el sistema ductal salival y se cree que proceden de la deposición de sales de calcio alrededor de un nido de desechos dentro del lumen del conducto. Se presenta una tumefacción dolorosa que aumenta con el consumo de alimentos.

Manejo clínico y tratamiento

Si los sialolitos son pequeños, pueden ser expulsados de la glándula mediante masaje. Cuando su tamaño es mayor tienen que ser removidos quirúrgicamente pudiendo incluir a la glándula involucrada. Se indica antibioterapia y analgésicos para prevenir la sobre infección y manejar el dolor que suele ocurrir.

2.5.1.2.3 Adenoma Pleomorfo

Corresponde a la neoplasia benigna de las glándulas salivales más frecuente de diagnosticar. Sé manifiesta como una masa firme, indolora, de crecimiento lento, la cual se desplaza sobre los planos profundos, excepto cuando se ubican en el paladar.

Manejo clínico y tratamiento

Su tratamiento es quirúrgico. Los tumores submandibulares se tratan mediante la eliminación total de la glándula con el tumor. Tumores del paladar duro: son extirpados con periostio, incluyendo la mucosa que lo recubre y en otros sitios orales de la lesión con frecuencia la enucleación se hace fácilmente a través del sitio de la incisión (Neville et al., 2009).

2.5.1.3 TRASTORNOS DE LOS HUESOS MAXILARES

2.5.1.3.1 Quiste Radicular

Este quiste se desarrolla a partir de un granuloma periapical preexistente, que representa un foco de tejido de granulación crónicamente inflamado en el hueso a nivel del ápice de un diente desvitalizado (Regezi et al., 2000).

Manejo clínico y orientación del tratamiento

Exodoncia o tratamiento endodóntico del diente causante. Cuando se hace la extirpación quirúrgica, se debe realizar biopsia del material extraído para descartar otras patologías.

2.5.1.3.2 Quiste Dentígero

Es un quiste que se relaciona con la corona (afectando la formación) de un diente no erupcionado o en desarrollo y se encuentra adherido a la unión amelocementaria (Regezi et al., 2000). Por lo general son completamente asintomáticos y se descubren en un examen radiográfico de rutina.

Manejo clínico y tratamiento

Involucra la enucleación cuidadosa del quiste junto con la extracción del diente no erupcionado, si la erupción del diente involucrado se considera factible, el diente puede dejarse en su lugar después de la eliminación parcial de la pared del quiste.

2.5.1.3.3 Tumor Odontogénico Queratoquístico

Es un tumor intraóseo benigno uni o multiquístico, de origen odontogénico, con una conducta potencialmente agresiva e infiltrante (Neville et al., 2009). Estos tumores pueden alcanzar un gran tamaño antes de ser descubiertos y pueden penetrar en el hueso cortical y afectar las estructuras adyacentes; radiográficamente aparecen como varios focos radiolúcidos, uniloculares, pequeños, redondos u ovoides (WHO, 2005).

Manejo clínico y del tratamiento

Debido a múltiples factores que pueden influir en su recidiva, el tratamiento y el pronóstico de los tumores odontogénicos queratoquísticos debe ser manejado caso a caso.

2.5.1.3.4 Odontoma

El odontoma se considera como un crecimiento del tipo hamartomatoso, siendo el tumor odontogénico con la mayor prevalencia (Neville et al., 2009). Hay dos tipos: odontoma compuesto y odontoma complejo.

Manejo clínico y orientación del tratamiento

No se puede determinar un diagnóstico definitivo solo con la clínica y la radiografía, se debe realizar una biopsia excisional en la cual se retire todo el odontoma y realizar el análisis histopatológico. Lo importante es el manejo de las secuelas, ya que pueden producir impactación de dientes permanentes (WHO, 2005).

2.5.1.3.5 Ameloblastoma

El ameloblastoma es una neoplasia de crecimiento lento y persistente, agresiva.

Manejo clínico y tratamiento

Las lesiones pequeñas muchas veces se descubren por exámenes radiográficos de rutina o como un resultado de los efectos locales (como la movilidad dental, alteraciones de oclusión y el fracaso de la erupción de los dientes) producidos por el tumor. El objetivo del tratamiento es lograr la completa extirpación y reconstrucción apropiada (Ramos, 2008).

2.5.1.3.6 Torus Palatino

Corresponden a exostosis que se forman por una cantidad limitada y densa de cortical, y que están cubiertos por una mucosa delgada y poco vascularizada. Puede ser unilobular, polilobulada, plana y en forma de huso, situado en la línea media del paladar duro (García et al., 2010).

Manejo clínico y tratamiento

La eliminación en pacientes dentados no se justifica, a menos que pueda ser utilizado clínicamente o como un biomaterial de relleno con el fin de corregir defectos óseos que los pacientes pueden sufrir de alguna parte de su área de la mandíbula (García et al., 2010).

2.5.2 Prevalencia de las enfermedades

Ver anexo 7 para más detalles de los estudios reunidos.

2.5.2.1 Trastornos de la mucosa oral

2.5.2.1.1 Candidiasis Oral

Es una patología muy prevalente en la sociedad actual. Estudios en Chile, han mostrado una amplia predilección por el sexo femenino y un pick etario que se manifiesta en la séptima década de vida, asociada, frecuentemente, al uso de prótesis removible (Cueto et al., 2012). Los sitios más comunes donde aparecen son la mucosa bucal, paladar y el dorso lingual (Neville et al., 2009).

2.5.2.1.2 Liquen plano oral

Es una enfermedad relativamente común (0,1 a 2,2%), que a menudo afecta la mucosa oral. Se manifiesta en adultos de mediana edad, con un predominio en el sexo femenino de 3:2. El sitio más frecuente de aparición es la mucosa bucal; el vestíbulo oral; la lengua y las encías. Suele ser bilateral (Neville et al., 2009).

El liquen plano erosivo es menos común que el reticular y más significativo para el paciente, ya que es sintomático (Neville et al., 2009).

2.5.2.1.3 Herpes recidivante oral

Diversos estudios, que involucra la medición de los anticuerpos para dicha enfermedad, encontró la presencia en casi un 95 % de la población, pero solo el 12% manifestaba los signos y síntomas. Generalmente se presenta en el bermellón labial o en la piel que rodea a los labios (Neville et al., 2009).

2.5.2.1.4 Papiloma oral

Se manifiesta igual en ambos sexos; aparece más frecuentemente en la 3era y 5ta década de vida. Tiene predilección por el bermellón labial, paladar duro y blando y la úvula (Reguezi et al., 2000).

2.5.2.1.5 Úlcera traumática

Debido a su etiología traumática, se puede manifestar a cualquier edad y se presenta con mayor frecuencia en labios, lengua y mucosa bucal (Reguezi et al., 2000).

2.5.2.1.6 Carcinoma Espinocelular

Aparece, predominantemente, en hombres de la 5ta y 6ta década de vida, que son consumidores de tabaco y alcohol. En la población de Valparaíso, Chile, se registró una mayor prevalencia en hombres (76,7%) que en mujeres (23,3%) y un pick etario de 64,4 años ($\pm 11,85$ años) (Borgeat et al., 2007).

2.5.2.1.7 Granuloma Piógeno

Se puede desarrollar a cualquier edad, pero es más común en niños y jóvenes adultos. Muchos estudios muestran una evidente predilección por el sexo femenino, debido al efecto vascular de las hormonas femeninas (Neville et al., 2009). Se observa frecuentemente en las papilas interincisiva, en la línea de la mordida y en el resto de la mucosa bucal.

2.5.2.2 Trastornos de las glándulas salivales

2.5.2.2.1 Mucocele

Son comunes en los niños y adultos jóvenes, aunque se pueden presentar a cualquier edad. El labio inferior es el sitio de ubicación más frecuente (Neville et al., 2009), aunque también son afectadas a menudo la mucosa bucal, vientre de lengua, piso de boca y región retromolar (Regezi et al., 2000).

2.5.2.2.2 Sialolitiasis

Puede aparecer a cualquier edad, pero hay predilección por los adultos jóvenes y de mediana edad con un promedio que va de los 31 a los 55 años. Se manifiestan más frecuentemente en la glándula submandibular, también se pueden formar dentro de las glándulas salivales menores, especialmente en el labio superior o la mucosa bucal (Neville et al., 2009).

2.5.2.2.3 Adenoma Pleomorfo

Es el tumor de las glándulas salivales más común y representa alrededor del 60% de todas las neoplasias salivales (WHO, 2005). Puede ocurrir a cualquier edad pero es más común en adultos jóvenes entre las edades de 30 y 50 años y hay una predilección por el sexo femenino (Neville et al., 2009). Alrededor del 80% de los adenomas pleomorfos surgen en la parótida, 10% en la glándula submandibular y el 10% en las glándulas salivales menores de la cavidad oral (WHO, 2005).

2.5.2.3 Trastornos de los huesos maxilares

2.5.2.3.1 Quiste Radicular

Presenta una mayor predilección por el sexo femenino (51,8%) comparado con masculino (48,2%) (Ochsenius et al., 2007). Se presentan más frecuentemente en maxilar (32,3%) que en mandíbula (22,44%); en el maxilar, la zona que más se es en la anterior (23,1%); en mandíbula, se presenta mayormente en la zona de los molares (8,4%) (Açikgözet et al., 2012).

2.5.2.3.2 Quiste Dentígero

El pick etario es entre 10 y 30 años de edad, hay una leve predilección masculina, y la prevalencia es más alta para la raza blanca (Neville et al., 2009). Los dientes involucrados más frecuentemente son los terceros molares mandibulares y otros sitios relativamente frecuentes incluyen caninos superiores, terceros molares superiores y segundos premolares inferiores, rara vez involucran dientes deciduos no erupcionados, en este caso ocasionalmente se asocian con dientes supernumerarios u odontomas (Selvamani et al., 2012).

2.5.2.3.3 Tumor Odontogénico Queratoquístico

La lesión se produce en un amplio rango de edad, con un pick en la segunda y tercera década, además presenta una predilección por los varones de raza blanca. La mandíbula está implicada con mayor frecuencia que el maxilar superior, con cifras que van desde 65 hasta 83% de los casos, alrededor de la mitad se originan en el ángulo mandibular, extendiéndose anterior y superiormente (WHO, 2005).

2.5.2.3.4 Odontoma

Su etiología es desconocida, aunque el trauma en dentición temporal es uno de los principales factores asociados, generalmente se diagnóstica en la primera y segunda década de vida. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino (68,6%); en el maxilar posee un 57,5% de prevalencia, en comparación con el 42,5% mandibular (Avelar et al., 2008). Hay dos tipos de odontoma plenamente identificados, odontoma compuesto y complejo (WHO, 2005).

2.5.2.3.5 Ameloblastoma

Se desarrolla a con la máxima incidencia en la tercera y cuarta década de la vida y rara vez en la infancia. (Chaudhary et al., 2012). Se presentan por igual entre hombres y mujeres. La mandíbula, se ve afectada con mayor frecuencia que el maxilar superior. La mayoría de estos quistes se encuentran en la zona del tercer molar, asociado a dientes no erupcionados, o en la rama ascendente de la mandíbula (Neville et al., 2009).

2.5.2.3.6 Torus palatino

Se ha observado una cierta prevalencia con respecto a los grupos étnicos, dónde los caucásicos presentaban mayor porcentaje de torus palatino (22,8%) que los individuos de raza negra; hay una mayor prevalencia en mujeres que en hombres; no se han obtenido resultados concluyentes que permita situar a esta patología en un rango etario definitivo (García et al., 2010).

2.6 Cuestionario de patología oral

El cuestionario tiene como objetivo medir la capacidad diagnóstica de los odontólogos de aquellas patologías orales más relevantes, reconocer las tendencias de los clínicos en la orientación para el tratamiento y /o manejo clínico de los trastornos más prevalentes y correlacionar las tendencias de los resultados según parámetros de formación disciplinar.

La encuesta consta de 16 casos clínicos de los que se realizarán 5 preguntas orientadas al diagnóstico y actitud clínica frente al caso. El tiempo requerido para realizar esta encuesta será un máximo de 60 minutos y será de carácter anónimo, por lo que no se individualizarán los datos obtenidos y sólo serán empleados con fines de investigación científica (Ver anexo n°4).

2.7 Perfil del Odontólogo en relación a la formación en Patología Oral

La comunidad en general es de la opinión que los dentistas sólo se dedican a obturar cavidades y proporcionar prótesis dentales, y que los otros problemas orales son competencia del médico. Por lo tanto, es evidente la importancia de que tanto el personal médico como odontológico tengan un conocimiento clínico razonable sobre las enfermedades orales, incluyendo su prevención, y sean conscientes de los casos que deban ser remitidos para un nuevo dictamen al especialista adecuado (McCann et al., 2005).

El deber de un odontólogo es brindar atención humana y compasiva a todos los pacientes, realizando una selección y priorización de las opciones de tratamiento individuales para cada uno, evaluando las necesidades, objetivos y valores compatibles con los métodos actuales de tratamiento y congruente con una adecuada filosofía de atención dental reconociendo que el paciente es el centro de atención y que todas las interacciones incluyendo el diagnóstico, el tratamiento y la planificación deben centrarse en el mejor interés del paciente (Cowpe et al., 2009).

El plan de estudios debe equipar al profesional para cualquier escenario. Un dentista debe trabajar con los estándares adecuados a las necesidades del individuo y de la población dentro del marco legal y ético del país, debe tener conocimientos y competencias clínicas en medicina general incluyendo el conocimiento en promoción de salud y prevención y debe participar en el aprendizaje permanente, lo que debería traducirse en un profesional reflexivo cuyas habilidades clínicas reflejen los actuales avances científicos y las necesidades de sus pacientes (Sanz et al., 2008).

Para prepararse en un modelo de salud oral más basado en la medicina y para la atención de pacientes con complicaciones médicas, la educación dental debe ser integrada estrechamente con la educación médica con el fin de que los estudiantes de odontología puedan recibir la misma educación en ciencias básicas biomédicas que los estudiantes de medicina. Actualmente, es entendido que los dentistas educados en países con economías en desarrollo no tienen muy buenas bases en las ciencias biomédicas como es requerido, dado los avances en el conocimiento científico (Nash et al., 2008).

En los países con economías desarrolladas el objetivo de la educación dental es formar profesionales con los adecuados conocimientos, habilidades, aptitudes y competencias que estén dispuestos a servir a la población, tanto a nivel individual comunitario. Esto incluye la salud oral de la sociedad en lo que se refiere a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales y dentales de una manera ética, eficiente y segura. El odontólogo graduado debe comprender la necesidad del desarrollo profesional y la formación continua durante toda la vida y debe ser capaz de utilizar eficientemente los avances del conocimiento y la tecnología, y comprender el papel central del paciente en la toma de decisiones terapéuticas (Sanz et al., 2008).

En el 38 avo encuentro de la “Scandinavian fellowship for oral pathology and oral medicine (SFOPOM)” en Estocolmo el año 2009 se definieron ciertas competencias en patología y medicina oral que debe poseer el odontólogo, estas son:

1. Sintetizar diagnóstico, diagnóstico diferencial y pronóstico de las enfermedades y trastornos comunes de la mucosa bucal, los dientes, los maxilares, y las glándulas salivales.
2. Comprender los procesos celulares y moleculares, etiología, patogenia y las clasificaciones de las enfermedades y trastornos de la mucosa oral, los dientes, los maxilares y las glándulas salivales.
3. Evaluar (reaccionar, tratar, prevenir y/o referir) enfermedades y trastornos en el área maxilofacial, manifestaciones maxilofaciales de enfermedades sistémicas y trastornos médicos en la base de la presentación clínica (radiografía incluida) y/o diagnóstico histológico.
4. Llevar a cabo biopsias de tejido blando de lesiones presumiblemente benignas.
5. Ser capaz de comunicarse con otros profesionales de la salud en forma detallada, tanto oral como escrita (Kragelund et al., 2010).

El perfil y competencias para el dentista Europeo han sido descritos por en una serie de campos relacionados con la práctica dental general. Este documento ha sido aprobado por la *Asociación para la Educación Dental en Europa* (ADEE). Lo que sugiere que este enfoque es un buen ejemplo de colaboración en la identificación de resultados comunes en los países con diversas estructuras y economías. Se ideó el uso del trabajo ya realizado como base para una aplicación más amplia, reconociendo plenamente que no fue diseñado para aplicarse a la amplia gama de países desarrollados, en desarrollo y países pobres de ingresos tal como encontramos alrededor del mundo. Sin embargo, partiendo de esta base, se sugiere que hay mucho terreno común para la solicitud internacional a través de los continentes del mundo (Sanz et al., 2008).

La ADEE y la red temática *Dented* han generado directrices para definir el “*perfil y competencias para el dentista europeo*” (PCD) el que está estructurado en VII Dominios representando amplias categorías de la actividad profesional y lo que concierne a la práctica general de la odontología, dentro de estos dominios el número V hace referencia al diagnóstico y planificación del tratamiento, en el que se indica que “al graduarse un odontólogo debe ser competente en la toma de decisiones, razonamiento y juicio clínico con el fin de desarrollar un diagnóstico diferencial provisional o definitivo al interpretar y correlacionar los hallazgos de la historia clínica, examen clínico, radiográfico e histológico y otras pruebas de diagnóstico teniendo en cuenta el contexto social y cultural del paciente. Un odontólogo debe ser competente en la formación de un diagnóstico y plan de tratamiento para pacientes de todas las edades (necesidades y demandas), pero debe reconocer aquellos tratamientos que están más allá de sus habilidades y establecer la necesidad de ser referido a un especialista” (Kragelund et al., 2010).

El Dominio VI hace referencia al establecimiento y la mantención de la salud oral en donde una de las categorías abarca el manejo de la medicina oral en la cual se indica que “el odontólogo debe ser competente para diagnosticar y controlar las enfermedades comunes de la mucosa oral y trastornos en los pacientes de todas las edades, para esto debe:

1. Ser competente en asesorar a los pacientes sobre la naturaleza y la gravedad de las enfermedades y trastornos no-mortales de la mucosa oral proporcionando al paciente opciones y expectativas realistas para su manejo
2. Ser competente en la realización de procedimientos diagnósticos limitados a los tejidos blandos
3. Ser competente para participar en el diagnóstico y la adecuada derivación del paciente con enfermedades potencialmente fatales en la mucosa oral
4. Ser competente en el manejo de las infecciones agudas orales incluyendo derivación del paciente y la prescripción de medicamentos apropiados.
5. Estar familiarizado con el tratamiento de los trastornos orales médicos, tanto médicos como quirúrgicos.
6. Tener conocimiento sobre los efectos del tabaco sobre la mucosa oral y formas para ayudar a los pacientes que desean dejar de fumar (Sanz et al., 2008).

Dentro de los 4-6 años que dura el estudio de pregrado en Odontología no es posible que un estudiante pueda lograr competencias en todas las áreas de la odontología, por lo tanto debe tener la capacidad de conocer sus propias limitaciones y tener acceso a asesoramiento especializado apropiado para sus pacientes, teniendo responsabilidad en la salud oral que proporciona (Sanz et al., 2008).

Los países bajos están pasando actualmente de un plan académico de 5 años a uno de 6 con el fin de desarrollar dentistas que tengan una mejor educación para poder adaptarse al cambiante panorama de la ciencia y estén mejor entrenados en medicina clínica con el fin de proporcionar una atención segura y eficaz a sus pacientes (Nash et al., 2008).

2.8 Sociedad de Patología Oral y Maxilofacial de Chile

La Sociedad de Patología Oral y Maxilofacial de Chile reúne a los especialistas, magísteres y docentes que se desempeñan en la disciplina de Patología Oral a lo largo de Chile, ya sea en labores docentes como clínicas. Con un número muy acotado de socios activos (31 en el año 2009), esto principalmente debido a que la tasa de formación de los patólogos orales es lenta; uno cada dos años aproximadamente. El objetivo de la entidad es el de propender y contribuir al estudio, difusión, progreso y perfeccionamiento del conocimiento de las enfermedades del Área Buco Maxilofacial, en sus aspectos clínicos, histológicos, radiológicos, de laboratorio, experimental y microbiológico. A tal efecto la Sociedad reconoce como especialidad las disciplinas de Histopatología Buco Maxilofacial y Medicina Oral (Patología Oral Clínica) sin perjuicio de las que pueda identificar en el futuro.

Las instituciones con representación en la sociedad que mantienen programas de patología oral y maxilofacial son la Universidad de Chile, la que cuenta con un Magíster en Ciencias Odontológicas Mención Patología y Medicina Oral, con una duración de 6 semestres, y una especialización en Patología oral con una duración de 4 semestres; la Universidad de Talca, cuenta con un Magíster en Ciencias Biomédicas; Mención Patología Oral, con una duración de 46 horas académicas, el curso se enfoca principalmente en las bases celulares y moleculares de los tejidos básicos y los del aparato estomatognático; La Universidad de Valparaíso cuenta con un curso de actualización en patología ósea de los maxilares, que pretende ofrecer al profesional la posibilidad de disponer de un espectro de contenidos temáticos que le permitan regularizar en base a la evidencia disponible y a las tendencias de estudio vigente los conceptos centrados en la Patología ósea de los maxilares; la Universidad Andrés Bello actualmente cuenta con un Magíster en Odontología con Especialización en Patología Diagnóstico y Medicina Oral con una duración de 4 semestres.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

¿Qué elementos del instrumento “Nivel de conocimientos en Patología Oral para el odontólogo general” requerirán ser corregidos para continuar con su validación según el juicio de expertos?

3.1 Objetivo general

Validar un instrumento de evaluación de los conocimientos en patología oral de los odontólogos generales de Chile.

3.2 Objetivos específicos

1. Construir y proponer a la comunidad un instrumento de evaluación de conocimientos en patología para el odontólogo general.
2. Identificar los elementos de conflicto del instrumento de evaluación según el juicio de expertos en la secuencia de casos propuestos.
3. Reconocer pertinencia de los casos propuestos en el instrumento de evaluación diseñado para odontólogo general.
4. Reconocer tendencias entre los patólogos expertos respecto del manejo clínico esperado por los odontólogos generales en los casos presentados.
5. Determinar la confiabilidad del instrumento por medio de la valoración de expertos.
6. Reconocer el estado de validez de contenido del instrumento mediante el juicio de expertos

3.3 Hipótesis de investigación

El instrumento de medición de conocimientos en patología oral creado en el año 2013 y modificado el 2014, posee una validez positiva utilizando el índice de validez del contenido (IVC)

El instrumento de medición de conocimientos en patología oral creado en el año 2013 y modificado el 2014, posee una confiabilidad $\geq 0,7$ medida con el coeficiente alfa de Cronbach.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio

Según la declaración STROBE el estudio se ajusta a la categoría de estudio observacional.

4.2 Universo

Odontólogos generales de Chile.

4.3 Población objetivo

Patólogos orales de Chile

4.4 Población de estudio

Patólogos orales de Chile que sean miembros de la Sociedad de patología oral y maxilofacial de Chile.

4.5 Selección y tamaño de la muestra

El método de selección para nuestro estudio consistió en un muestreo decisional o por conveniencia; utilizado comúnmente para depurar instrumentos (Morales, 2012); de acuerdo a nuestros criterios de inclusión, se elige a los odontólogos con formación en patología oral que, dentro de su currículum, ejerzan docencia y actividades clínicas, y que pertenezcan a la Sociedad de patología oral y maxilofacial de Chile. Para realizar la validación, se debe contar con un panel de expertos, que suele consistir en un promedio de 10 a 15 personas (Hernández y Sampieri).

4.6 Marco espacio – temporal

El estudio se realizó durante el periodo 2013/2014 en las ciudades de Valparaíso, Viña del Mar y Santiago.

4.7 Criterios de Inclusión

- Patólogos orales de Chile que no ejerzan docencia.
- Patólogos orales de Chile que no ejerzan actividades clínicas.
- Patólogos orales de Chile que ejerzan docencia y actividades clínicas pero que se vean imposibilitados de responder el cuestionario

4.8 Variables

4.8.1 Variables primarias

4.8.1.1 Especialidad en patología oral

Tipo: Cualitativa nominal dicotómica

Definición conceptual: Tipo de estudios que presenta el graduado de odontología que lo dotan de conocimientos especializados en patología oral.

Definición operacional: Cuál es el tipo de estudio calificado en magister, postgrado o doctorado, que el profesional posee para justificar sus conocimientos especializados en patología oral.

4.8.1.2 Años de ejercicio docente

Tipo: Cuantitativa discreta escalar

Definición conceptual: Tiempo que el odontólogo ha ejercido la docencia universitaria.

Definición operacional: Cantidad de años que el odontólogo se ha desempeñado como docente.

4.8.1.3 Años de ejercicio clínico

Tipo: Cuantitativa discreta escalar

Definición conceptual: Tiempo que el odontólogo ha ejercido labores clínicas en el área de patología oral.

Definición operacional: Cantidad de años que el odontólogo se ha desempeñado como clínico en el área de patología oral.

4.8.1.4 Calificación de la pregunta

Tipo: Cualitativa ordinal

Definición conceptual: Cómo determina cada patólogo la importancia de cada pregunta en el cuestionario.

Definición operacional: Graduar la pregunta en base a los parámetros “Muy en desacuerdo”, “Desacuerdo”, “Neutral”, “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”, según la apreciación profesional y pedagógica del patólogo, siendo “muy en desacuerdo” la calificación más baja y “muy de acuerdo” la más alta

4.8.1.5 Valoración del planteamiento de la pregunta

Tipo: Cualitativa nominal dicotómica.

Definición conceptual: Opinión que tiene el profesional/odontólogo en relación a las preguntas del cuestionario de patología oral.

Definición operacional: Si está de acuerdo o no con el planteamiento de la pregunta del cuestionario de patología oral.

4.8.2 Variables secundarias

4.8.2.1 Sexo

Tipo: Cualitativa nominal dicotómica

Definición conceptual: Constitución orgánica que distingue entre hombre o mujer.

Definición operacional: Género al que corresponde el encuestado en forma biológica y que será determinado como femenino o masculino.

4.8.2.2 Edad

Tipo: Cuantitativa continua escalar.

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació.

Definición operacional: Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento a la fecha en que se realiza la encuesta.

4.8.2.3 Universidad en la que ejerce docencia actualmente

Tipo: Cualitativa nominal policotómica

Definición conceptual: Institución de enseñanza superior en la cual el odontólogo ejerce la docencia en la cátedra de patología oral o similar.

Definición operacional: Institución de enseñanza superior en el cual el encuestado ejerce docencia.

4.9 Ficha de recolección de datos

4.9.1 Cuestionario de conocimiento de patología oral

Ver Anexo N°4

4.9.2 Cuestionario de apreciación de la herramienta de evaluación

Ver Anexo N°3

4.10. De la construcción de los cuestionarios y proceso de recolección de datos.

En el año 2013 se creó un instrumento diseñado específicamente para determinar el nivel de conocimientos de patología oral en odontólogos generales, el cual contemplaba un total de 60 preguntas que se tomaron como base y a las cuales se agregaron las lesiones que se consideraron pertinentes (Odontoma, Mixoma Odontogénico, Torus palatino y Granuloma piógeno). Las patologías empleadas para la realización de los casos clínicos fueron seleccionadas mediante la revisión de estudios de prevalencia de donde se obtuvieron las de mayor relevancia dentro de la patología mucosa, ósea y de glándulas salivales, tomando en cuenta las más frecuentes y aquellas que a pesar de no representar la mayor prevalencia fueron acotadas por el docente guía como relevantes para el estudio. De esta manera el nuevo cuestionario contempló un total de 80 preguntas, las que se sometieron a validación a través del juicio de expertos. Los patólogos orales pertenecientes a la Sociedad de Patología Maxilofacial de Chile, que ejercen docencia y actividades clínicas.

El instrumento consistió en un cuestionario, con 16 casos clínicos que cuentan con apoyo gráfico (fotografías clínicas y exámenes complementarios) y 5 preguntas para cada caso clínico, enfocadas en el diagnóstico, la solicitud de biopsias, exámenes complementarios y actitud clínica frente al caso.

Para evaluar el cuestionario, se tomó como referencia un tipo de escala Likert, la cual permitió al profesional encuestado valorar cada una de las preguntas del cuestionario adjunto, incluyendo las imágenes de apoyo.

Para proceder a validar el instrumento, se envió una carta y un consentimiento informado, invitando a participar en el estudio a los docentes pertenecientes a la Sociedad de Patología Oral y Maxilofacial de Chile seleccionados para el estudio.

Se concertaron reuniones individuales de trabajo en las ciudades de Santiago, Valparaíso y Viña del Mar, en el periodo entre el 7 de Abril hasta el 30 de Mayo del año 2014. Se ha analizado que la mayor concentración de patólogos orales que ejercen docencia y actividades clínicas se encuentra en las regiones V-RM (ver anexo nº6 listado de patólogos orales de Chile) por lo que se realizaron tales reuniones en estas regiones, teniendo como lugar de evaluación la consulta de cada especialista.

La planificación de cada encuentro se llevó a cabo de la siguiente manera:

Se les hizo entrega de una carpeta la cual contenía el cuestionario o instrumento (cuestionario de patología oral) el cual debieron responder en un tiempo aproximado de 60 minutos, cada caso se presentó con la imagen respectiva en una presentación de diapositivas. Cada caso fue evaluado individualmente mediante la pauta de evaluación tipo escala Likert, también contenida en la carpeta, en la que los profesionales debieron evaluar la pertinencia de cada pregunta, y los respectivos apoyos (fotografías clínicas, exámenes complementarios, etc).

Cada pregunta y apoyo visual debieron calificarlos en los 5 grados propios de esta escala (muy en desacuerdo, en desacuerdo, neutro, de acuerdo, muy de acuerdo). Además se solicitó a los docentes encuestados expresar sugerencias o comentarios referentes a cada caso y la posibilidad de mencionar casos pertinentes de agregar en un futuro a este cuestionario según su experiencia clínica.

Los resultados fueron tabulados, corregidos, y se determinaron mediante asesoría de un estadístico los valores para conceptos de confiabilidad y validez.

4.11. Análisis estadísticos

Se confeccionó una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel para organizar la información obtenida en los cuestionarios y escala de evaluación tipo Likert y se calcularon medidas descriptivas, tablas y gráficos de resumen de información. A los datos obtenidos y agrupados se les aplicaron los siguientes métodos para la validación de instrumentos:

Coefficiente Alfa de Cronbach:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Índice de validez del contenido:

$$IVC = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

4.12. Presupuesto y recursos necesarios

4.12.1 Recursos Existentes

- Tesistas: Jessenia Becerra Muñoz, Diego Fernández Urtubia y Valeria Oneto Hernández
- Docente guía: Rodrigo Fuentes Cortés: Msc, Profesor Adjunto Universidad De Valparaíso, Facultad De Odontología, Cátedra De Patología y Diagnóstico Oral, Magister Patología Y Medicina Oral, Universidad De Chile, Especialista En Patología Oral, CONACEO.
- Docente informante: Violeta Acuña: encargada oficina autoevaluación Facultad De Odontología, Universidad De Valparaíso.
- Impresora HP OfficeJet 4000
- Tablet Samsung
- Notebook Samsung

4.12.2 Recursos Nuevos y necesarios

- Tinta negra y color \$19.980
- Hojas tamaño carta \$3.490
- Lápiz pasta azul y negro (caja de 12) \$2.990
- Movilización: Pasajes Valparaíso Santiago ida y vuelta en 4 ocasiones \$144.000
- Alimentación: \$36.000
- Costo análisis estadísticos \$172000
- Presupuesto de un total aproximado de \$378.460

5. RESULTADOS

5.1 Características generales del grupo de expertos

En esta sección se mostrarán estadísticas básicas de la muestra obtenida, con el fin de conocer el comportamiento de ésta.

A continuación se muestra en la tabla 1 el promedio de edad y de años de docencia según el sexo de los profesores, se observa que los de sexo masculino tienen mayor edad y también mayores años de docencia que las profesoras. Viendo el grupo total se tiene que en promedio tienen 44 años y tienen 16 años como docentes de la cátedra de Patología Oral.

Sexo	Promedio Edad	Promedio Años Docencia
Femenino	42,17	13,33
Masculino	45,38	18,13
Total	44,00	16,07

Tabla II. Promedio de edad y años de docencia según sexo

Además se tiene que un 42,86% de los docentes ejercían la docencia en la Universidad de Chile y un 21,43% en la Universidad de Valparaíso. Una menor cantidad ejercen en la Universidad Andrés Bello, Universidad Mayor y Universidad de Talca.

5.2 Análisis descriptivo del Cuestionario de conocimiento de patología oral

Para facilitar la comprensión de los resultados se analizara en primer lugar las respuestas que dieron los patólogos al cuestionario de conocimiento de patología oral para el odontólogo general (CPOOG), cuestionario que fue construido en base a 16 casos clínicos de patologías orales, a cada uno de los cuales se le asignó una imagen clínica con su respectiva anamnesis, para en segunda instancia analizar la evaluación de juicio que realizan estos mismos expertos valorando los distintos ítems del cuestionario.

5.2.1 Generalidades

El cuestionario, aplicado a 14 patólogos orales, fue diseñado de un total de 80 preguntas, se estructuró en 16 casos clínicos, cada uno de los cuales constó de una imagen clínica, una anamnesis y cinco preguntas. La primera acerca del diagnóstico, la segunda acerca de la necesidad o no de biopsia y qué profesional de la odontología la debe realizar, la tercera acerca de los exámenes complementarios solicitados, la cuarta acerca de la actitud clínica con la que el odontólogo general enfrenta el caso: tratar; derivar (especialista); controlar, pudiendo optar por más de una y la quinta acerca de las indicaciones u orientación al paciente acerca de su patología.

5.2.1.1 Descripción por áreas de evaluación

5.2.1.1.1 Diagnóstico

En esta sección se muestran los porcentajes de respuestas correctas de los diagnósticos de cada uno de los casos. Vale mencionar que para responder este cuestionario el patólogo debió contestar desde la perspectiva del odontólogo general competente en conceptos patológicos.

Se observa que todos los casos presentan un porcentaje mayor al 80% de aciertos, a excepción del caso 16 que sólo un 35,71% de los docentes acertó en el diagnóstico del este caso.

Por otro lado, se puede ver que del total de casos que se contemplaron en este estudio, un 50% de ellos tuvieron un 100% de aciertos por parte de los docentes. (Tabla II ítem diagnóstico)

Nº Caso	Diagnósticos Correctos	Diagnósticos Errados	Tasa de reconocimiento	Indicación de exámenes complementarios (SI-NO)	Exámenes más solicitados (%)	Derivación indicada (%)	Indicación de tratamiento (SI-NO)
(1) Candidiasis	14	0	100,00 %	Si (86%)	Frotis 57% HUGO 35% ELISA-VIH 14%	28,5%	Si 71,43%
(2) Quiste Dentigero	14	0	100,00 %	Si (64%)	HUGO 36% P. Coagulación 21% Cone Beam 14% TAC 14%	85,7%	Si 7,14%
(3) L Plano R	13	1	92,86 %	Si (36%)	Test Alergia 21% HUGO 14% Test lupus 7%	78,4%	Si 14,29%
(4) Mucoccele	14	0	100,00 %	Si (36%)	HUGO 38% P. Coagulación 29%	78,47 %	Sí 21,43%
(5) Herpes RL	14	0	100,00 %	Si (14%)	HUGO 7% Frotis 7%	0,00%	Si 35,71%
(6) Quiste P.	14	0	100,00 %	Si (36%)	HUGO 14% Cone Beam 14% Rx Panorámica 14%	92,8%	NO 100%
(7) Papiloma	14	0	100,00 %	Si (50%)	HUGO 36% Elisa (VIH) 7% PCR 7%	78,4%	Si 28,57%
(8) Sialolitiasis A	12	2	85,71 %	Si (93%)	Rx Oclusal 71% HUGO 14% Panorámica 7%	92,8%	Si 35,71%
(9) Úlcera T	13	1	92,86 %	Si (43%)	HUGO 43% Perfil Bioquímico 29%	14,2%	Si 71,43%
(10) T.O.Q.	12	2	85,71 %	Si (86%)	Cone Beam 36% HUGO 36% TAC 14% P. Coagulación 14% PAAF 14%	100,00 %	No 92,86%
(11) CAEC Labio	12	2	85,71 %	SI (64%)	Hugo 57% coagulación 21% TAC 7,1%	100,00 %	No 100%
(12) Adenoma P	14	0	100,00 %	Si (100%)	RNM 43% HUGO 36% TAC 36% Ecografía 21%	100,00 %	No 100%
(13) Torus P	13	1	92,86 %	Si (36%)	Cone beam 14% TAC 14% Rx 14%	21,4%	No 100%
(14) Granuloma P	13	1	92,86 %	Si (79%)	Rx 57% HUGO 29% P. Coagulación 7%	71,4%	Si 28,57%
(15) Odontoma	12	0	100,00 %	Si (79%)	Rx 36% Rx panorámica 29% Conebeam 21% HUGO 14%	100,00 %	No 92,86%
(16) Mixoma O.	5	9	35,71 %	Si (100%)	Rx panorámica 36% Rx 21% Cone Beam 21% HUGO 14%	92,8%	No 100%

Tabla III Síntesis de las respuestas dadas por los expertos encuestados

5.2.1.1.2 Decisión de biopsia

En la Tabla IV se muestran los resultados frente a la decisión de biopsia que los patólogos consideraron que enfrentaría un odontólogo general.

Caso	Realizar Biopsia	
	NO	SI
(1) Candidiasis	100,00%	0,00%
(2) Q Dentígero	82,00%	18,00%
(3) L Plano R	28,00%	72,00%
(4) Mucocele	14,00%	86,00%
(5) Herpes RL	100,00%	0,00%
(6) Quiste PI	50,00%	50,00%
(7) Papiloma	14,00%	86,00%
(8) Sialolitiasis	50,00%	50,00%
(9) Úlcera T	100,00%	0,00%
(10) T.O.Q.	0,00%	100,00%
(11) CAEC labio	0,00%	100,00%
(12) Adenoma P	0,00%	100,00%
(13) Torus P	82,00%	18,00%
(14) Granuloma P	0,00%	100,00%
(15) Odontoma	42,00%	58,00%
(16) Mixoma O	0,00%	100,00%

Tabla IV Porcentaje de decisión de biopsia por cada caso según expertos.

5.2.1.1.3 Solicitud de exámenes complementarios no quirúrgicos

En esta sección se muestra la decisión que toma el patólogo respecto a la solicitud de exámenes complementarios no quirúrgicos (ECNQ) y se hace mención a aquellos más solicitados (tabla III).

Los casos clínicos que tuvieron mayor solicitud de (ECNQ) fueron el Adenoma Pleomorfo y el Mixoma Odontogénico (ambos 100%). El caso que tuvo menor solicitud de (ECNQ) fue el Herpes Labial Recidivante con un 14% de los patólogos. Otros casos en que más del 50% solicitó (ECNQ) fueron: Sialolitiasis (93%), Tumor Odontogénico queratoquístico (86%), Candidiasis (86%), Odontoma (79%), Granuloma Piógeno (79%), Quiste Dentífero (64%), Carcinoma Espinocelular de labio (64%). En tanto los casos en que el 50% o menos solicitó dichos exámenes fueron: Papiloma (50%), Úlcera Traumática (43%), Liquen plano reticular (36%), Mucoccele (36%), Quiste Periapical (36%) y Torus Palatino (36%).

En cuanto a los exámenes más solicitados para cada caso éstos fueron: Candidiasis (frotis 57%), Quiste Dentífero (HUGO 36%), Liquen plano reticular (Test Alergia 21%), Mucoccele (HUGO 38%), Herpes Labial Recidivante (HUGO/Frotis 7%), Quiste Periapical (HUGO/Cone Beam/Radiografía Panorámica 14%), Papiloma (HUGO 36%), Sialolitiasis (Radiografía Oclusal 71%), Úlcera Traumática (HUGO 43%), Tumor Odontogénicoqueratoquístico (Cone Beam/HUGO 36%), Carcinoma Espinocelular de labio (Hugo 57%), Adenoma Pleomorfo (Resonancia Magnética Nuclear 43%), Torus Palatino (Cone beam/Tomografía Axial Computarizada 14%), Granuloma Piógeno (Radiografía 57%), Odontoma (Radiografía 36%), Mixoma Odontogénico (Radiografía Panorámica 36%).

5.2.1.1.4 Actitud clínica

En la Tabla V se muestran las actitudes clínicas que los patólogos consideraron que debía tener el odontólogo general al momento de enfrentarse a cada caso. En los casos de trastornos agudos se observó variedad en las respuestas de los expertos. En el caso de Candidiasis un 42,8% indicó controlar, 28,5% derivar y 21,4% tratar y controlar. En el caso de Liquen Plano Reticular la mayoría indicó derivar la lesión ya que el 64,2% derivó y el 14,2% derivó y controló la lesión. En el caso de Herpes Labial recidivante se indicó en general tratar la lesión y/o controlarla. Un 42,8% indicó tratar, 14,2% tratar y controlar, y 42,8% controlar. En el caso de Sialolitiasis la mayoría indicó la derivación. Un 64,2% sólo derivó, 14,2% derivó y controló. En el caso de Úlcera traumática la actitud se centró en tratar y/o controlar. Un 35,7% trató y controló, 28,5% controló y 21,4% sólo trató. En los casos de aumentos de volumen asintomáticos la mayoría indicó derivar a excepción del Torus palatino donde un 78,5% indicó tratar personalmente. Los casos de trastornos de huesos maxilares tuvieron altos porcentajes de derivación, donde en los cinco casos más del 70% indicó derivar.

Casos	Decisión de Tratar (T), Derivar (D) y/o Controlar (C).							
	T	T-C	T-D	D	C	D-C	T-D-C	NR
Trastornos Agudos								
1 / Candidiasis	0 (0%)	3 (21,4%)	0 (0%)	4(28,5%)	6 (42,8%)	1 (7,14%)	0 (0%)	0 (0%)
5 / Herpes RL	6 (42,8%)	2 (14,2%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (42,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
8 / Sialolitiasis A	0 (0%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	9 (64,2%)	0 (0%)	2 (14,2%)	1 (7,14%)	0 (0%)
9 / Úlcera T	3 (21,4%)	5 (35,7%)	1 (7,14%)	0 (0%)	4(28,5%)	0 (0%)	1 (7,14%)	0 (0%)
Aumentos de volumen y lesiones asintomáticas.								
3 / L Plano R	1 (7,14%)	1 (7,14%)	0 (0%)	9 (64,2%)	1 (7,14%)	2 (14,2%)	0 (0%)	0 (0%)
4 / Mucocela	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (78,5%)	3 (21,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
7 / Papiloma	0 (0%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	9 (64,2%)	2 (14,2%)	1 (7,14%)	0 (0%)	0 (0%)
11 / CAEC labio	0 (0%)	0 (0%)	2 (14,2%)	11 (78,5%)	0 (0%)	1 (7,14%)	0 (0%)	0 (0%)
12 / Adenoma P	0 (0%)	0 (0%)	1 (7,14%)	13 (92,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
13 / Torus P	11 (78,5%)	0 (0%)	1 (7,14%)	2 (14,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
14 / Granuloma P	0 (0%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	9 (64,2%)	3 (21,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Trastornos de huesos maxilares								
2 / Q Dentígero	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (85,7%)	2 (14,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
6 / Quiste PI	0 (0%)	0 (0%)	3 (21,4%)	10 (71,4%)	1 (7,14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
10 / T.O.Q.	0 (0%)	0 (0%)	3 (21,4%)	11 (78,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
15 / Odontoma	0 (0%)	0 (0%)	2 (14,2%)	11 (78,5%)	1 (7,14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
16 / Mixoma O	0 (0%)	0 (0%)	1 (7,14%)	12 (85,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7,14%)

Tabla V Actitud clínica del odontólogo general frente a cada caso según expertos.

Las patologías fueron agrupadas de acuerdo a si correspondían a trastornos agudos, aumentos de volumen/lesiones asintomáticas y trastornos de huesos maxilares. Las letras T-D-C corresponden a las siglas de Tratar personalmente-Derivar-Controlar respectivamente. Debido a que los expertos tuvieron la posibilidad de elegir por más de una de ellas se muestran las combinaciones T-C (tratar y controlar), T-D (tratar y derivar), D-C (derivar y controlar), T-D-C (tratar, derivar y controlar) y NR (no responde).

5.2.1.1.6 Diagnóstico y Manejo Clínico por cada caso

El caso 1 (**Candidiasis Pseudo-membranosa**) del instrumento de evaluación fue diagnosticado correctamente por el 100% de los participantes (tabla VII), quienes además indicaron que no es necesaria la toma de biopsia

en un 100%. De un total de 14 expertos 12 indican la necesidad de exámenes complementarios. Los exámenes indicados en orden decreciente fueron 8 frotis, 5 frotis, 5 HUGO y 2 ELISA específico para VIH. En cuanto a la actitud clínica (tabla 6) 6 (42,8%) controlan, 4(28,5%) derivan, 3 (21,4%) tratan y controlan y 1 (7,14%) deriva y controla. De las 5 derivaciones 4 se realizan al patólogo y 1 al patólogo o cirujano maxilofacial. Las recomendaciones que realizan los expertos son: indagar sobre un posible estado de inmunosupresión del paciente, realizar exámenes sanguíneos y efectuar un seguimiento del paciente en el tiempo.

El caso número 2 (**Quiste Dentígero**) fue diagnosticado correctamente por el 100% de los participantes. Además 3 establecieron como diagnóstico diferencial el Tumor Odontogénicoqueratoquístico y 1 el Quiste paradental/Saco pericoronario ensanchado/Hiperplasia folicular. De los 14 expertos 13 indican necesidad de biopsia, y de estos 11 sugieren que la efectúe el cirujano maxilofacial y 2 el odontólogo general. De un total de 14 expertos 9 indican exámenes complementarios. Los exámenes indicados en orden decreciente fueron 5 HUGO, 3 pruebas de coagulación, 2 TAC y 2 Cone beam. La actitud clínica en este caso fue 12 (85,7%) derivar y 2 (14,2%) controlar. De las 12 derivaciones 11 se realizan al cirujano maxilofacial y 1 al patólogo. Las recomendaciones que realizan los expertos son: explicar al paciente su estado, el abordaje quirúrgico que se requiere y los riesgos que implica no intervenir. Además se indica uso de clorhexidina y analgésicos (aines) en caso de existir sintomatología.

El caso número 3 (**Liquen plano**) fue diagnosticado correctamente por 13 de 14 expertos. Un experto no acertó al diagnóstico al señalar candidiasis y 2 establecieron además como diagnóstico diferencial la Leucoplasia. Sobre la necesidad de biopsia 12 de los 14 expertos indicaron realizarla. Cabe mencionar que el encuestado que diagnostica candidiasis señala necesario la toma de biopsia. Dentro de los 12 que consideran la biopsia necesaria, 8 indican que la realice el patólogo oral, 3 el odontólogo general y 1 el cirujano maxilofacial. Del total de 14 expertos 5 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados en orden decreciente fueron 3 pruebas cutáneas para alergia, 2 hemogramas y una prueba para lupus. En actitud clínica 9 (64,2%) deriva, 2 (14,2%) deriva y controla, 1 (7,14%) trata, 1 (7,14%) controla, 1 (7,14%) trata y controla. De las 11 derivaciones 10 se realizan al patólogo oral y 1 al dermatólogo. Las recomendaciones que realizan los expertos son: observar la lesión que tiene comportamiento asintomático, y en casos de existir sintomatología aplicar tratamiento con corticoides. Se recalca la importancia del diagnóstico correcto y la derivación al patólogo oral.

El caso número 4 (**Mucocele**) fue diagnosticado correctamente por el 100% de los participantes. Se considera válido el concepto de lesión por extravasación que fue utilizado por uno de los expertos. De los 14 expertos 13 indica realizar biopsia. De los 13 que consideran necesario efectuar la biopsia, 6 indican que debe realizarla el cirujano maxilofacial, 4 el patólogo oral y 3 el odontólogo general. Del total de 14 expertos 5 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados en orden decreciente fueron 5 hemogramas y 4 pruebas de coagulación. Respecto a actitud clínica 11 (78,5%) derivan, 3 (21,4%) controlan. De las 11 derivaciones 6 se realizan al patólogo oral o cirujano maxilofacial y 5 al cirujano maxilofacial. Las recomendaciones que realizan los expertos son: la

orientación al paciente sobre la etiología de la lesión, el tratamiento y la necesidad de biopsia. Explicar que dentro de la evolución esta se puede fibrosar y advertir sobre la posibilidad de volver a lesionarse. Se sugiere al paciente no jugar con la lesión ni reventarla.

En el caso número 5 (**herpes labial recurrente**) la naturaleza herpética de la lesión fue reconocida por los 14 expertos si bien en la denominación se registró diferencias. Nombres como herpes labial recidivante, infección herpética recurrente o lesión por virus herpes fueron utilizados. Respecto a la necesidad de biopsia los 14 expertos coinciden que no es necesaria. Del total de 14 expertos 2 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron 1 hemograma y 1 frotis. Respecto a la actitud clínica 6 (42,8%) tratan, 6 (42,8%) controlan y 2 (14,2%) tratan y controlan. Las recomendaciones que realizan los expertos son: indicar Aciclovir tópico en crema al 5% antes de que aparezca la lesión ante una nueva recurrencia, informar sobre el origen viral de la lesión y las posibilidades de contagio y recetar un labial con filtro solar.

El caso número 6 (**quiste periapical**) fue diagnosticado correctamente por el 100% de los expertos si bien la denominación registro diferencias. Nombres como quiste apical, quiste radicular y periodontitis apical crónica fueron utilizados. Respecto a la necesidad de biopsia 7 de 14 expertos considera que es necesario realizarla. De estos 7 expertos 3 indican que debe ser el cirujano maxilofacial quien realice la biopsia excisional, 2 indican que debería realizarse la biopsia excisional después de realizarse el tratamiento endodóntico y 2 establecen la necesidad de efectuarla en caso de que la lesión sea refractaria al tratamiento endodóntico. Del total de 14 expertos 5 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron 2 HUGO, 2 Cone Beam y 2 radiografías panorámicas. Respecto a la actitud clínica 10 (71,4%) derivan, 3 (21,4%) tratan y derivan y 1 (7,1%) deriva y controla. De las 14 derivaciones 8 se realizan al endodoncista, 4 al endodoncista o al cirujano maxilofacial y 2 al cirujano maxilofacial. Las recomendaciones que realizan los expertos son: conseguir en caso que fuera posible exámenes radiográficos previos que podrían contribuir al diagnóstico. Explicar causa de lesión, diagnóstico y tratamiento. Información sobre riesgos de no intervenir. Control a los 6-12 meses.

En el caso número 7 (**papiloma**) el 100% de los expertos reconoció alguna de las lesiones producidas por el virus papiloma. Papiloma, condiloma, verruga e hiperplasia epitelial papilomatosa fueron los conceptos utilizados. Como diagnóstico diferencial 1 experto indicó tumoración épulis. Respecto a la necesidad de biopsia 13 de 14 expertos considera que es necesario realizarla. De estos 13 expertos 4 indican que deber ser efectuada por el cirujano maxilofacial, 4 el odontólogo general, 4 el patólogo oral y 1 no responde. Del total de 14 expertos 7 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados en orden decreciente fueron 5 HUGO, 1 ELISA específico para VIH y 1 tipificación viral por PCR. Respecto a la actitud clínica frente al caso 9 (64,2%) derivan, 3 (21,4%) tratan y controlan, 1 (7,1%) deriva y controla y 1 (7,1%) trata y deriva. Las recomendaciones que realizan los expertos son: indicar el diagnóstico, la etiología viral, posibles vías de contagio, tratamiento a seguir explicando el motivo de la biopsia y pronóstico.

El caso número 8 (**sialolitiasis**) fue diagnosticado correctamente por 12 de 14 expertos. Sialoadenitis y sialoductitis fueron considerados diagnósticos correctos. Los 2 que no acertaron al diagnóstico respondieron ránula. De los 14 expertos 5 indicaron biopsia, 1 la condiciona al tiempo de evolución y 1 indica evaluar la posibilidad de biopsia. De los que indicaron biopsia el 100% señaló que debe ser realizada por el cirujano maxilofacial. Del total de 14 expertos 13 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron 10 radiografías oclusales, 1 radiografía oclusal con oclusal oblicua, 1 radiografía (no especifica cuál), 1 radiografía panorámica, 2 HUGO, 1 sialografía, 1 ecografía y 1 ecotomografía. Respecto a la actitud clínica frente al caso 9 (64,2%) derivan, 2 (14,28%) derivan y controlan, 1 (7,1%) trata y deriva, 1 (7,1%) trata y controla y 1 (7,1%) trata, deriva y controla. De las 13 derivaciones 8 se realizan al cirujano maxilofacial, 2 al patólogo oral y 2 al patólogo oral o al cirujano maxilofacial.

Las recomendaciones que realizan los expertos son: estimulación de la glándula, masaje, calor local, analgésicos/antiinflamatorios, antibiótico y uso de sialogogos.

El caso número 9 (**úlceras traumáticas**), se consideró correcto el diagnóstico de afta. En este marco 13 de los 14 expertos respondieron correctamente. El diagnóstico incorrecto fue de URO, que también fue indicado como diagnóstico diferencial por 5 expertos. Respecto a la necesidad de biopsia 13 de 14 indica que no se requiere, el experto restante considera que no hay suficientes antecedentes para tomar la decisión. Cabe mencionar que 2 expertos indican que si la lesión se muestra refractaria se debe tomar la biopsia. Uno la indica a los 7 días y el otro a los 15 días. Del total de 14 expertos 6 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron 6 HUGO y 4 perfil bioquímico. Respecto a la actitud clínica frente al caso 5 (35,7%) tratan y controlan, 4 (28,5%) controlan, 3 (21,4%) tratan, 1 (7,1%) trata y deriva y 1 (7,1%) trata, deriva y controla. De las 2 derivaciones 1 se realiza al patólogo oral y 1 al rehabilitador. Las recomendaciones que realizan los expertos son: retirar agente de trauma, uso de corticoide tópico como tratamiento sintomático o anestésico tópico. Evitar alimentos ácidos, mantener buena higiene y uso de enjuagatorio.

El caso número 10 (**tumor Odontogénico queratoquistico**) fue diagnosticado correctamente por 12 de los 14 participantes. Como diagnóstico diferencial se mencionó al Ameloblastoma unicístico y el quiste dentígero ambos mencionados por 7 expertos. El 100% coincidió con que es necesario efectuar la biopsia, y el 100% cree que debe realizarla el cirujano maxilofacial. Del total de 14 expertos 12 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron 5 Cone Beam, 5 HUGO, 2 pruebas de coagulación, 2 PAAF, 2 TAC. Respecto a la actitud clínica frente al caso 11 derivan (78,5%) y 3 (21,4%) tratan y derivan. De las 14 derivaciones 13 se realizan al cirujano maxilofacial y 1 al patólogo o cirujano maxilofacial. Las recomendaciones que realizan los expertos son: hacer pesquisas radiográficas por si existen otras lesiones similares (GorlinGoltz). Explicar el comportamiento benigno de la patología y el motivo de la derivación e informar sobre el riesgo de no intervenir.

El caso número 11 (**carcinoma espinoceular de labio**) fue diagnosticado correctamente por 12 de 14 patólogos. De los 12 que diagnosticaron correctamente 2

reconocieron además una queilitis actínica. El 100% de los expertos indicaron ser necesaria la biopsia. De los 14 expertos 7 indicaron que la debe realizar el patólogo, 4 el cirujano maxilofacial y 3 el odontólogo general. Del total de 14 expertos 9 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron en orden decreciente 8 HUGO, 3 pruebas de coagulación (TP/TTPK/tiempo de sangría), 1 TAC de cabeza y cuello. Respecto a la actitud clínica frente al caso 11 (78,5%) derivan, 2 (14,3%) tratan y derivan y 1 deriva y controla. De las 14 derivaciones los expertos reconocen la importancia de la interacción entre las especialidades de cirugía maxilofacial, patología oral y oncología. Las recomendaciones que realizan los expertos son identificar el diagnóstico y estadiaje TNM, sugieren indagar si ha habido pérdida de peso, completar examen físico evaluando adenopatía. Respecto a la orientación del paciente se debe explicar la hipótesis diagnóstica, que la lesión es peligrosa y que requiere biopsia. Indicar al paciente evitar fumar y exponerse al sol.

En el caso número 12 (**adenoma pleomorfo**) se consideró como correcto que el experto reconociera la afectación tumoral de la glándula parótida. En este marco el 100% de los expertos acertaron al diagnóstico. El 100% de los expertos indicaron ser necesaria la biopsia. De los 14 expertos 6 indicaron que la debe realizar el cirujano maxilofacial, 3 el cirujano de cabeza y cuello, 2 el anatomopatólogo y 1 el otorrinolaringólogo. Los 14 expertos consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron en orden decreciente 6 RMN, 5 TAC, 5 HUGO, 3 ecografía, 2 ecotomografía, 2 PAAF, 1 sialografía y 1 prueba de coagulación. Respecto a la actitud clínica frente al caso 13 (92,8%) derivan y 1 (7,1%) trata y deriva. De las 14 derivaciones 7 se realizan al cirujano de cabeza y cuello, 5 al cirujano maxilofacial, 1 al otorrinolaringólogo y 1 al patólogo oral. Las recomendaciones que realizan los expertos son: informar al paciente de la posible naturaleza neoplásica de la lesión.

El caso número 13 (**torus**) fue diagnosticado correctamente por 13 de los 14 expertos, quienes indicaron que no es necesario realizar una biopsia de la lesión. El diagnóstico errado fue de tumor maligno de glándula salival ante la cual el experto solicitó la biopsia realizada por patólogo. Del total de 14 expertos 5 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron 2 Cone Beam, 2 radiografías, 2 TAC Y 1 HUGO. Respecto a la actitud clínica frente al caso 11 (78,5%) realizan el tratamiento personalmente, 2 (14,3%) derivan y 1 (7,1%) trata y deriva. De las 4 derivaciones 2 se realizan al patólogo oral y 2 al cirujano maxilofacial. Las recomendaciones que realizan los expertos son: indicar al paciente que es una lesión donde el tejido comprometido tiene características normales, no es neoplásica y requiere control en el tiempo.

El caso número 14 (**granuloma piógeno**) fue diagnosticado correctamente por 13 de 14 expertos. Se aceptó como correcto el concepto hiperplasia de vasos sanguíneos. Como diagnóstico diferencial se mencionó fibroma osificante periférico, granuloma periférico de células gigantes,

hiperplasia fibrosa y fibroma irritativo. De los 14 expertos, todos indicaron la necesidad de biopsia, 5 (35,7%) el maxilofacial, 5 (35,7%) el patólogo oral y 4 (28,5%) el odontólogo general. Del total de 14 expertos 11 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron 8 radiografías (no especifica cual), 4 HUGO Y 1 prueba de coagulación (TP/TTPK). Respecto a la actitud clínica frente al caso 8 (57,1%) derivan, 5 (35,7%) deciden tratar y controlar y 1(7,1%) tarta y deriva. De las 9 derivaciones que se realizan se establece la posibilidad de derivar al patólogo oral, al cirujano maxilofacial o al periodoncista. Las recomendaciones que realizan los expertos son: explicar etiología de la lesión, benignidad de la lesión, importancia de realizar biopsia, necesidad de tratamiento periodontal. Indicar necesidad de mejorar higiene oral y realizar instrucción de higiene.

El caso 15 (**odontoma**) fue diagnosticado correctamente por los 14 expertos, 11 de los cuales indicaron efectuar biopsia. De estos 11 que indican biopsia, 10 indican que debe realizarla el cirujano maxilofacial y 1 el odontopediatra. Del total de 14 expertos 11 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron en orden decreciente 5 radiografía (no especifica cual), 4 panorámica, 3 Cone Beam, 2 HUGO, 1 TAC Y 1 radiografía periapical. Respecto a la actitud clínica frente al caso 11 (78,5%) derivan, 2 (14,3%) tratan y derivan y 1 (7,1%) deriva y controla. Se sugiere derivar al cirujano maxilofacial o cirujano pediátrico, al patólogo oral y al ortodoncista. Las recomendaciones que realizan los expertos son: explicar a los padres del niño que es una malformación cuyo comportamiento es benigno, buscar antecedentes familiares de esta lesión, explicar cuál es el tratamiento y que de no realizarlo puede interferir con la erupción dentaria.

El caso número 16 (**mixoma odontogénico**) fue diagnosticado correctamente por 5 de 14 expertos. En este caso se buscó reconocer el comportamiento benigno localmente agresivo de la lesión para lo cual se consideraron correctos los diagnósticos de mixoma, ameloblastoma y tumor benigno agresivo. De los 14 expertos 13 indicaron realizar biopsia y 1 no respondió. De los 13 que indican biopsia 12 indican que debe realizarla el cirujano maxilofacial y 1 no responde. Del total de 14 expertos 12 consideran necesario solicitar exámenes complementarios. Los exámenes solicitados fueron 5 radiografía panorámica, 3 radiografía (no especifica cuál), 3 Cone Beam, 2 HUGO, 1 TAC y una prueba de coagulación (TP/TTPK). Respecto a la actitud clínica frente al caso 12 (85,7%) derivan, 1 (7,1%) trata y deriva y 1 no responde. De las 13 derivaciones 10 se realizan al cirujano maxilofacial, 2 cirujano maxilofacial o patólogo y 1 al patólogo. Las recomendaciones que realizan los expertos son: indagar sobre historia médica familiar del paciente. Informar al paciente sobre característica benigna y de agresividad local de la lesión. Explicar el motivo de derivación e hipótesis diagnóstica y la morbilidad a la que se expone si no se trata.

5.3 Análisis del cuestionario de apreciación

A continuación se muestra en la Tabla VI el resultado de los porcentajes de aprobación del instrumento, para todo el grupo de docentes.

Casos	Redacción	Imagen	Competencia del Odontólogo General	Suficiencia de la Información	Promedio por caso
(1) Candidiasis	87,50%	96,50%	89,25%	91,00%	91,06%
(2) Q Dentígero	82,25%	85,75%	91,00%	73,25%	83,06%
(3) L Plano R	91,00%	78,50%	76,75%	82,25%	82,13%
(4) Mucocele	100,00%	96,50%	96,50%	100,00%	98,25%
(5) Herpes RL	100,00%	100,0%	100,00%	100,00%	100,00%
(6) Quiste PI	87,50%	98,25%	98,25%	94,75%	94,69%
(7) Papiloma	85,75%	92,75%	84,00%	92,75%	88,81%
(8) Sialolitiasis A	92,75%	90,75%	85,75%	96,50%	91,44%
(9) Úlcera T	75,00%	91,00%	91,00%	66,00%	80,75%
(10) T.O.Q.	98,25%	94,75%	78,50%	94,75%	91,56%
(11)CAEC labio	94,75%	98,25%	91,00%	89,25%	93,31%
(12) Adenoma P	76,75%	91,00%	71,50%	73,25%	78,12%
(13)Torus P	96,50%	84,00%	91,00%	96,50%	92,00%
(14)Granuloma P	89,25%	82,25%	89,25%	89,25%	87,50%
(15) Odontoma	94,75%	98,25%	96,50%	96,50%	96,50%
(16) Mixoma O	62,50%	37,50%	37,50%	34,00%	42,88%
Total	88,41%	88,50%	85,48%	85,63%	

Tabla VI Porcentaje de aprobación del instrumento según caso y procedimiento.

Los aspectos mejor evaluados por los docentes fueron: Redacción adecuada (88,41%) e Imagen pertinente al caso (88,50%).

El caso mejor evaluado por todos los profesionales fue el N°5 y el peor evaluado el N°16.

5.3.1 Redacción adecuada

En el aspecto redacción adecuada, el porcentaje de aprobación por cada uno de los casos por parte de los docentes fue mayor en mujeres que en hombres en 9,73 puntos porcentuales, visto desde el punto de vista global, y sólo en el “Caso” 13 tuvo mejor aprobación por parte de los hombres.

Los casos que tuvieron 100% de aprobación en mujeres fueron los números 3, 4, 5, 7, 10, 11 y 15, mientras que en los hombres, sólo fueron los casos 4 y 5. Es importante destacar que los Casos 4 y 5 fueron aprobados en un 100% por ambos sexos. El caso 16 fue el que menor aprobación presentó por parte de los docentes.

5.3.2 Imagen pertinente al caso

En el tópico correspondiente a Imagen, el porcentaje de aprobación por cada uno de los casos por parte de los docentes fue mayor en mujeres que en hombres en 6,69 puntos porcentuales, viendo desde el punto de vista global, un 81,25% de los casos tuvo mayor aprobación en mujeres que en hombres.

Los casos que tuvieron 100% de aprobación en mujeres fueron los números 1, 5, 11, 12 y 15, mientras que en los hombres, sólo fueron los casos 5 y 6. Es importante destacar que el Casos 5 fue el que aprobaron en un 100% ambos sexos.

El caso 16 fue el que menor aprobación presentó por parte de los docentes con un 54,25% las mujeres y un 25% los hombres.

5.3.3 Competencia del Odontólogo General

Al analizar la evaluación de la competencia diagnóstica del odontólogo general , el porcentaje de aprobación por cada uno de los casos por parte de los docentes fue mayor en mujeres que en hombres en 12,9 puntos porcentuales, viendo desde el punto de vista global, un 62,50% de los casos tuvo mayor aprobación en mujeres que en hombres.

Los casos que tuvieron 100% de aprobación en mujeres fueron los números 2, 5, 6, 15, mientras que en los hombres, sólo fue el Caso 5. Es importante destacar que el Casos 5 fue el que aprobaron en un 100% ambos sexos.

El caso 16 fue el que menor aprobación presentó por parte de los docentes con un 45,75% las mujeres y un 31,25% los hombres.

5.3.4 Suficiencia de la Información

En esta sección el porcentaje de aprobación por cada uno de los casos por parte de los docentes fue mayor en mujeres que en hombres en 3,28 puntos porcentuales, viendo desde el punto de vista global, un 62,50% de los casos tuvo mayor aprobación en mujeres que en hombres.

Los casos que tuvieron 100% de aprobación en mujeres fueron los números 4, 5, 7, 14 y 15, mientras que en los hombres, sólo fueron los casos 4, 5, 6 y 8. Es importante destacar que los Casos 4 y 5 fueron aprobados en un 100% por ambos sexos. El caso 16 fue el que menor aprobación presentó por parte de los docentes.

5.4 Validez de Contenido

A continuación se realiza un análisis para cada uno de los casos en función a validez de contenido, este análisis se evalúa a través de un panel o un juicio de expertos, esto con el fin de determinar si el instrumento utilizado es válido según los docentes.

CASO	Respuestas con Útil y Esencial	Índice de Validez de Contenido
(1) Candidiasis	12	0,71
(2) Q Dentígero	10	0,43
(3) L Plano R	12	0,71
(4) Mucocele	14	1,00
(5) Herpes RL	14	1,00
(6) Quiste PI	14	1,00
(7) Papiloma	12	0,71
(8) Sialolitiasis A	13	0,85
(9) Úlcera T	9	0,29
(10) T.O.Q.	14	1,00
(11) CAEC labio	13	0,85
(12) Adenoma P	10	0,43
(13) Torus P	14	1,00
(14) Granuloma P	12	0,71
(15) Odontoma	14	1,00
(16) Mixoma O	2	-0,71

Tabla VII Índice de Validez de contenido en cada uno de los casos.

Se muestra en la Tabla VII que los casos planteados en el instrumento utilizado tienen en general un alto índice de validez, ya que existen casos que tienen una validez precisa, estos son los números 4, 5, 6, 10, 13 y 15, mientras que los casos que tienen una alta validez son los números 7 y 11, es importante mencionar que los casos 2, 9 y 12 tienen un índice de validez menor al 0,5 pero siguen siendo igualmente válidos.

Se observa que el caso número 16 fue el que tuvo el menor índice de validez de contenido, incluso teniendo un valor negativo, este caso clínico se debería eliminar del instrumento debido al bajo índice que se obtuvo de los expertos.

5.5 Análisis de Confiabilidad

En relación a la Confiabilidad del instrumento, se utilizó el análisis de Alfa de Cronbach, él que determina si el instrumento que se va a utilizar es confiable o no, el resultado obtenido para el grupo total de preguntas fue de un 90,89%, es decir, es altamente confiable.

En el Anexo "A" se muestra la confiabilidad obtenida para cada una de las preguntas del instrumento, obteniéndose en todas un resultado superior al 90%, es decir, que al realizar el análisis por pregunta la confiabilidad también es alta debido a que existe una alta correlación entre ellas.

En el Anexo "B" se muestra el análisis de confiabilidad para cada una de las preguntas, pero esta vez eliminando el caso 16, para verificar si la confiabilidad varía, el resultado obtenido fue que el Alfa de Cronbach aumentó a 93,38%, por lo que efectivamente el índice aumenta pero sólo 2,49%.

6. DISCUSIÓN

En este estudio se seleccionó una muestra de 14 patólogos, pertenecientes a la Sociedad de Patología Bucal-Maxilofacial de Chile, los cuales desempeñaban labores clínicas y docentes en las principales facultades de Odontología del país. La muestra se compuso de un 43% de mujeres y un 57% de hombres, con un promedio de edad de 44 años de edad y 16,07 años de ejercicio docente. El tamaño de la muestra de este estudio se fundamenta mediante los criterios de aplicación del Índice de Validez del Contenido, el que sugiere un número de expertos en cantidades de 7, 14 y 40 para obtener resultados estadísticamente significativos. Como la muestra utilizada es de 14 expertos se trabaja con un $IVC=0,51$.

Todo instrumento de medición debe cumplir con condiciones mínimas de validez y confiabilidad. La validez, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Ruiz 1998). De esta pueden obtenerse las variables de contenido, el criterio y el constructo. En este estudio se destinaron los esfuerzos para realizar la validación del contenido del instrumento, para lo que se utilizó un índice de validez basado en la valoración de los ítems por un grupo de expertos calificándolos como innecesario, útil y esencial. El IVC oscila entre +1 y -1, siendo las puntuaciones positivas las que indican una mejor validez de contenido. Un índice $IVC = 0$ indica que la mitad de los expertos han evaluado el ítems como esencial. Los ítems que registren un bajo IVC tendrían que ser eliminados (Lawshe, 1975; citado en Chiner, 2011).

Como método de evaluación de este cuestionario por parte de los expertos se utilizó la escala de rangos sumados, lo que permitió realizar un nivel de medición ordinal a través de un conjunto organizado de ítems, llamados también sentencias y que son presentados a los sujetos de investigación con respuestas en forma de un continuo de aprobación-desaprobación para medir su reacción ante cada afirmación; las respuestas son ponderadas en términos de la intensidad en el grado de acuerdo o desacuerdo (Blanco, 2000). Para este estudio se realizó un equivalente de las valoraciones hechas mediante la Escala Likert por los expertos para situarla dentro de los rangos del índice de validez del contenido.

Para la obtención del IVC se agruparon los valores de la escala Likert para que coincidieran con los parámetros establecidos: innecesario, útil y esencial; tomando el número 1 y 2 como innecesario, 3 y 4 como útil y 5 como esencial. De acuerdo a la calificación otorgada por los patólogos en cada pregunta con escala Likert, se determinó la validez de cada caso con el IVC.

Para este tamaño muestral, un IVC de 0,51 será suficiente para considerar válido el caso (Lawshe, 1975; citado en Chiner, 2011).

Los casos número 4 (mucocele), 5 (herpes labial recurrente), 6 (quiste periapical), 10 (tumor Odontogénico queratoquístico), 13 (torus palatino) y 15 (odontoma) tuvieron un IVC igual a 1, siendo calificados como un ítem esencial, por esencial, por lo tanto, indispensable y que no requiere ninguna modificación. Los casos número 1 (candidiasis pseudomembranosa), 3 (liquen plano), 7 (papiloma), 8 (sialolitiasis), 11 (carcinoma espinocelular de labio) y 14 (granuloma piógeno) obtuvieron un IVC >0.51 y < 1 , calificando como útil, es decir, permanecerán dentro del instrumento de evaluación, pero deberán recibir modificaciones menores. El caso número 2 (quiste dentígero), 9 (úlceras traumáticas) y 12 (adenoma pleomorfo) obtuvieron un IVC <0.51 , siendo calificados como innecesarios. Es importante recalcar que esta valoración significa que estos casos requieren mayores modificaciones. El caso número 16 (mixomaodontogénico) obtuvo un IVC de -0.71 ; esto se traduce en una revisión en profundidad en cuanto a su contenido, redacción y la pertinencia de la imagen, por lo que tendrá que ser evaluado nuevamente si se piensa incluir en estudios posteriores.

El IVC no puede ser aplicado directamente al instrumento como una medida global, ya que solo permite evaluar individualmente los ítems que lo constituyen. Por lo tanto, si la mayoría de los ítems que componen esta evaluación obtienen una valoración positiva, se considera que el instrumento obtiene un resultado positivo. Esto se traduce en que la hipótesis de investigación número 1 se acepta, al obtener un valor positivo en este índice.

El índice obtenido, es similar al obtenido en el estudio de Díaz et al, 2012, el cual empleó una herramienta para determinar el nivel de conocimiento, medido mediante un cuestionario, que poseían las enfermeras en diversas patologías para otorgarle información a los pacientes, es importante recalcar que en este estudio el número de expertos y el IVC determinado para cada rango sugerido por Lawshe, fue modificado por los mismos investigadores, donde se utilizó un índice de 0.58 para considerar válido el ítem, en contraposición con el sugerido por Lawshe, y el utilizado en nuestra investigación, de 0.51 para el número de expertos que nosotros utilizamos (Díaz et al., 2012)

La medición de la consistencia interna es el camino más habitual para estimar la fiabilidad de pruebas, escalas o test, cuando se utilizan conjuntos de ítems o reactivos que se espera midan el mismo atributo o campo de contenido. La principal ventaja de este método es que requiere solo una administración de la prueba. Por estas razones se eligió el coeficiente Alfa de Cronbach como método para estimar la confiabilidad.

El coeficiente Alfa de Cronbach aplicado en el instrumento dio 0.908 ; es decir, altamente confiable y superando al mínimo (≥ 0.7) que se planteaba en nuestra hipótesis de investigación para considerar confiable el instrumento, resultando en una aceptación de ésta, estableciendo a nuestro instrumento confiable, según el juicio de los expertos encuestados.

El caso número 5 (herpes labial recurrente) posee un coeficiente total equivalente a 1, siendo evaluado en cada aspecto con la máxima calificación, por lo tanto, este es el caso más confiable según el criterio de los expertos.

El caso número 16 (mixomaodontogénico) posee un coeficiente total equivalente de 0,42, este fue el caso que peor evaluación recibió en todos los ámbitos en los que se les preguntó a los expertos. Sin este caso, el coeficiente de Alfa de Cronbach del instrumento aumentó en 0,0249 resultando en 0,9329; lo que se traduce en un instrumento con una confiabilidad mayor del señalado recientemente.

Los resultados obtenidos mediante el Test Alfa de Cronbach, en relación a la confiabilidad del instrumento son comparables con los obtenidos por CorreaCarhuachinet al en 2011, al diseñar un cuestionario elaborados para médicos generales en la identificación de patologías hepáticas. En dicho estudio se consideró un instrumento confiable con un índice >0.7 obtenido al aplicar el test previamente mencionado, un valor superado por nuestro instrumento al ser evaluado por dicho Test, lo que establece un grado de confianza adecuado en relación a otros estudios (Correa-Carhuachin et al, 2011)

Dentro del análisis del instrumento de apreciación los ítems mejor valorados por los patólogos fueron la redacción adecuada (88,41%) y la imagen pertinente al caso (88,50%). Suficiencia de información y competencia del odontólogo general en el diagnóstico recibió un 85,63% y 85,48% de aprobación de los especialistas respectivamente.

La valoración del cuestionario por parte de los expertos fue muy positiva. Gracias a su entusiasmo con el tema se proponen a futuro una gama más amplia de casos clínicos con patologías que con su experiencia clínica y docente, determinan importantes de ser diagnosticadas por los odontólogos generales.

Dentro de las recomendaciones hechas por los patólogos se encuentra agregar casos como carcinoma escamoso en borde de lengua, CAEC en etapa inicial, leucoplasia pilosa, adenoma en paladar, gingivitis descamativa, leucoeritoplaquia/displasia, lesiones dentarias, quiste folicular inflamatorio, osteosarcoma, lupus, manifestaciones orales de enfermedades sistémicas, tumor pardo del hiperparatiroidismo, lengua geográfica, fibroma irritativo entre otros. La representatividad de la muestra y los resultados obtenidos, no son posibles de contrastar al no existir estudios similares previos. Esto se constató al realizar la búsqueda principalmente en: Pubmed, Medline, Cochrane, etc . Sin embargo, para la realización de este estudio se utilizó como guía estudios sobre el nivel de conocimiento de otras patologías, y validación de instrumentos de otras áreas de la salud y educación.

En relación al número de preguntas, la literatura recomienda que el número mínimo para evaluar un fenómeno es de 6, pero el número de ellos puede ir desde 10 a 90, de manera que puedan abarcar de forma proporcional cada una de las dimensiones definidas *a priori* en la elaboración del cuestionario (Correa-Carhuachin, 2011). En nuestro trabajo el número de preguntas fue 80, encontrándose dentro del límite.

Para evitar los sesgos de “tendencia central”, es decir la tendencia que tienen los participantes de elegir la alternativa central entre las respuestas y el sesgo de “deseabilidad social” (tendencia a responder según lo que se considere socialmente aceptable) se indicó a los patólogos que respondieran desde la perspectiva de un odontólogo general competente en conocimientos de patología oral, por lo que existió más libertad al momento de responder el cuestionario, y en la escala Likert de evaluación del cuestionario se evitó el sesgo de tendencia central al realizar de forma personalizada cada entrevista con los expertos, garantizando de esta forma una información confiable y el Gold estándar que se requería para la validación de este estudio.

En función del contenido, los cuestionarios pueden ser uni o multidimensionales (Correa-Carhuachin, 2011). Este cuestionario se clasifica como multidimensional, ya que evalúa las áreas diagnósticas y terapéuticas del conocimiento teórico además de las decisiones y actitudes clínicas que debe tener el Odontólogo General competente.

El tiempo de desarrollo del cuestionario fue de 90 minutos aproximadamente, este tiempo se encuentra aumentado debido a las aclaraciones que se debían realizar a los patólogos y los comentarios que muchos de ellos entregaban, por lo que se estima que una vez validado, el tiempo de aplicación no varíe más allá de los 30-45 minutos, lo que haría más factible su aplicación. Según Argimon J, Jimenez J (2000), se recomienda que una entrevista con aplicación presencial del cuestionario debe durar como máximo entre 60 y 90 minutos (Argimon y Jimenez, 2000).

Las dificultades que tuvimos al realizar la validación mediante expertos de este cuestionario fueron en primer lugar planificar los encuentros individuales con los patólogos orales, debido a que muchos de ellos se encontraban en otras ciudades por lo que hubo que programar viajes para reunirnos con cada uno de ellos. Otra de las limitaciones que enfrentamos fue la dificultad que representa para un especialista en Patología Oral responder bajo criterios de un Odontólogo general, ya que muchos de ellos subestimaron la forma en que estos enfrentan las patologías propuestas en el cuestionario. Una de las características relevantes de este estudio es que se realizó la validación mediante expertos con profesionales especialistas en el área de Patología Oral, los que desempeñan labores clínicas y docentes en las principales facultades de odontología del país, por lo que sus criterios de respuesta y evaluativos son bastante representativos.

Consideramos que este cuestionario es una herramienta útil y confiable para cuantificar el nivel de conocimiento en patología oral de los odontólogos generales.

Es importante tener presente que esta herramienta fue validada con el objetivo de poder aplicarla anualmente a odontólogos generales en un futuro cercano, por lo que deberá ir actualizándose constantemente para evitar posibles sesgos y poder obtener resultados que puedan ser contrastados.

Recomendamos que se siga trabajando en estudios de este tipo, abarcando quizá las otras múltiples áreas del quehacer odontológico, para así crear estándares evaluativos que permitan discriminar entre profesionales y los resultados logrados sean fuente de motivación para la actualización constante.

7. CONCLUSIONES

1. El instrumento de evaluación de los conocimientos en patología oral de los odontólogos generales de Chile según Índice de Validez del Contenido (IVC) e Índice Alfa de Cronbach se considera válido y confiable.
2. Los elementos de conflicto del instrumento se encontraron principalmente en los casos 2, 9, 12 y principalmente 16 donde se requerirá perfeccionar los ítems de redacción, pertinencia de la imagen y suficiencia de datos.
3. Los casos propuestos fueron reconocidos como pertinentes en el instrumento de evaluación diseñado para odontólogo general, ya que ante la posibilidad de quitar casos clínicos ninguno de los expertos estimó necesario excluir alguno. Por el contrario, se recomendó anexar patologías al instrumento como carcinoma escamoso en borde de lengua, CAEC en etapa inicial, leucoplasia pilosa, adenoma en paladar, gingivitis descamativa, leuco-eritoplaquia/displasia, lesiones dentarias, quiste folicular inflamatorio, osteosarcoma, lupus, manifestaciones orales de enfermedades sistémicas, tumor pardo del hiperparatiroidismo, lengua geográfica, fibroma irritativo entre otros.
4. Las tendencias del manejo clínico que de parte del odontólogo general debería observarse se detectó una actitud predominante hacia la derivación en las patologías clasificadas como trastornos de los maxilares y las clasificadas como aumentos de volumen asintomáticos, a excepción del Torus Palatino que mostró tendencia a tratarlo por sí mismo. Los trastornos agudos mostraron distinto manejo según la patología. En la Candidiasis predominó el control, la Sialolitiasis la derivación y en la Úlcera Traumática y Herpes Recidivante el tratamiento y control.
5. El instrumento de medición de conocimientos en patología oral posee una confiabilidad de 0,9 muy superior a la mínima esperada ($\geq 0,7$) medida con el coeficiente Alfa de Cronbach.
6. El análisis del Índice de Validez arrojó que los casos 4, 5, 6, 10, 13 y 15 son esenciales por lo tanto no requieren modificaciones. Los casos 1, 3, 7, 8, 11, 14 son útiles, es decir son válidos pero pueden requerir modificaciones menores para alcanzar validez esencial. Los casos 2, 9, 12 se consideran innecesarios, sin embargo su IVC es positivo cercano a útil, por lo tanto requiere modificaciones para alcanzar validez esencial. El caso 16 es innecesario con un IVC negativo por lo tanto, debe evaluarse su inclusión en el cuestionario, y de hacerse requerirá correcciones en profundidad en cuanto a su contenido, redacción y la pertinencia de la imagen.

8. SUGERENCIAS

- Recomendamos que se siga trabajando en estudios de este tipo, abarcando quizá las otras múltiples áreas del quehacer odontológico, para así crear estándares evaluativos que permitan discriminar entre profesionales y los resultados logrados sean fuente de motivación para la actualización constante de los odontólogos del país, brindando de esta manera una atención de mayor calidad a los pacientes.
- Se sugiere la revisión del caso 16 y los cambios de imágenes indicadas por los patólogos.
- Se sugiere la continuación de este estudio, aplicando el cuestionario de patología oral ya validado, en una muestra de estudiantes de sexto año de Odontología de las Universidades del país.
- Sugerimos la incorporación de esta modalidad de evaluación formalmente dentro del programa de las cátedras que impartan la asignatura de Patología y diagnóstico oral, como una forma de refuerzo y nivelación de los estudiantes de odontología antes del momento de egreso de estos.

9. RESUMEN

Introducción

El aumento de facultades y estudiantes de Odontología hace necesario elaborar una herramienta que discrimine habilidades y conocimientos. En el año 2013, la cátedra de patología elaboró un instrumento de medición, que se aplicó a docentes. Debido a lo anterior ¿Qué elementos del instrumento de Patología Oral para el odontólogo general deben corregirse para continuar con su validación según el juicio de expertos?

Objetivos

Validar un instrumento de evaluación de conocimientos en patología oral de odontólogos generales de Chile.

Materiales y métodos

El cuestionario, aplicado a 14 patólogos orales, poseía 80 preguntas, estructuradas en 16 casos clínicos, que constaban de una imagen clínica, anamnesis y cinco preguntas relacionadas al diagnóstico, necesidad de biopsia, exámenes complementarios y actitud clínica del Odontólogo general frente al caso. Posteriormente, se les entregó una pauta de evaluación tipo escala Likert, consistente en preguntas atinentes a distintos tópicos del instrumento.

Resultados

Los patólogos poseían una edad promedio de 44 años y 16 años como docentes. Todos los casos poseían un Índice de validez de contenido (IVC) positivo, excepto el número 16. El Índice Alpha de Cronbach (IAC) resultó superior al 90%, pero al eliminar el caso número 16, el índice solo aumento un 2.49%

Conclusiones

El instrumento de evaluación de los conocimientos en patología oral, según IVC e IAC se considera válido y confiable. El caso 16 fue evaluado como innecesario por IVC, por lo tanto, su inclusión en el cuestionario dependerá de las correcciones en cuanto a su contenido, redacción y la pertinencia de la imagen.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Açikgöz, A., Gündüz, K., Özden, B., Uzun-Bulut, E. (2012) "Prevalence and distribution of odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish Population" en *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. Año 17(1): 108-155.
2. Alencar, R., De Aquino, EC., Duarte, EC., Máximo, AA., Oliveira, FA., Taveira, CT., Vencio, EF. (2009) "Salivary gland tumor: a review of 599 cases in a Brazilian population" en *Head and Neck Pathol*. 3:271-275.
3. Aguiar, MC., Gomez, RS., Grossmann, SM., Machado, VC., Mesquita, RA.,
4. Moura, MD., Xavier, GM. (2007) "Demographic profile of odontogenic and selected non-odontogenic cyst in a Brazilian population" en *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod*. 104: 35-41.
5. Ak, G., Ergun, S., Koray, M., Kürklü, E., Ozel, S., Tanyeri, H. (2009) "Dentists knowledge and opinions about oral mucosal lesion" en *Oral Maxillofac Surg*. 38: 1283-1288.
6. Aranda, W., Espinoza, I., Gamonal, J., Rojas, R. (2003) "Prevalence of mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile" en *Journal oral Pathology Medical*. 32: 571-575.
7. Argentieri, A., Barna, S., Behbehani, J., Berthold, P., Catalanotto, F., Chidzonga, M., Forna, N., Goldbatt, L., Honkala, E., Jaafar, N., Kikwilu, E., Konoo, T., Kouzmina, E., Lidh, C., Mathu-muju, K., Mumghamba, E., Nash, D., Nik-Hussein, N., Orliaguet, T., Phantumvanit, P., Runnel, R., Ruotoistenmäki, J., Shaw, H. (2008) "Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies" en *Eur J DentEduc*. 12 (1): 111-119.
8. Arteaga, S., Dávila, L., Palacios, MF., Ramírez, D., Sosa, L. (2010) "Granuloma piógeno: Reporte de un caso" en *Acta Odontológica Venezolana*. 48 (4): 1-12.
9. Arvind, M., Bez, C., Brennan, Mt., De Rossi, S., Garfunkel, AA., Gibson, J., Greenberg, MS., Liu, H., Liu, Q., Lo Russo, L., Stoopler, ET., Shirlaw, P., Thongprasom, K., Wang, Q. (2011) "An international survey of oral medicine practice: proceeding from the 5th World Workshop in Oral Medicine" en *Oral Dis*. 17(1): 99-104.
10. Azevedo, Pr., Carvalho, CH., Costa, A de L., Lajus, T., Medeiros, L., Morais, M de L. (2011) "Clinicopathological study of salivary gland tumors: an assessment of 303 patients" en *C SaudePublica*. 27 (5): 1035-1040.

11. Azoubel, A., Dourado, E., Linard, R., Santana, T., Sávio de Souza, E. (2008) "Odontogenic tumors: clinical and pathology study of 238 cases" en *Rev Bras Otorrinolaringol.* 74 (5): 688-673.
12. Baptista, P., Fernández-Collado, C., Hernández, R. (2006) "*Metodología de la investigación*". Cuarta edición, México. Mg Graw Hill.
13. Bagg, J., Gibson, J., McCann, P.J., Sweeney, Mp. (2005) "Training in oral disease, diagnosis and treatment for medical students and doctors in the United Kingdom" en *Br J Oral Maxillofac Sur.* 43 (1): 61-64.
14. Barnes, L., Eveson, J., Reichart, P., Sidransky. D. (2005) "World Health Organization Classification of Tumours: Pathology & Genetics Head and Neck Tumours". IARC Press: Lyon.
15. Barraza, A., Cueto, A., Deichler, J., Esquep, A., Martinez, R., Niklander, S. (2012) "Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaíso, Chile" en *Gerodontology.* 30: 201-206.
16. Ben Ayed, M., Ben Brahim, E., Chadli-Debbicche, A., El-Khedim, A., Ferchiou, M.
17. Khayat, O. Labbéne, N. M'barek, C. Zribi, S., (2010) "Tumours of salivary glands: anatomical study and clinical epidemiology of a series of 180 cases" en *Tunis Med.* Año 88(4): 240-244.
18. Bhatnagar, B., Bhatnagar, P., Goel, S. Kaur, M., Prabhat, M., Rai, S. (2013) "Prevalence study of oral mucosal lesions, mucosal variants, and treatment required for patients reporting to a dental school in North India: In accordance with WHO guidelines" en *J Family Community Med.* 20 (1): 41-48.
19. Blanco, N. (2000). Instrumentos de Recolección de Datos Primarios. Dirección de Cultura. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. 17.
20. Castellanos, JL. Díaz-Guzmán. (2008) "Lesion of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients" en *Oral Surg Oral Md Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 105: 79-85.
21. Cava, C., Flores, W., Obeso, Y. (2008) "Removing torus palatinus by thought dysmorphic" en *Kiru.* 5: 73-77.
22. Cebeci, ARI., Gülşahı, A., Kamburoğlum, K., Orhan, BK., Öztaş, B. (2009) "Prevalence and distribution of oral mucosal lesion in an adult turkish population" en *Med oral Patol Oral Cir Bucal.* 14 (6): 272-277.

23. Correa-Carhuachin, V., Cubas, F., Manayalle, M., León, F. (2011) "Validación de un instrumento para medir nivel de conocimiento sobre hígado graso no alcohólico en médicos generales" en *Rev. Gastroenterol.* 31(4): 351-358.
24. Costa, M., Siri, M. (2005) "Odontoma: caso clínico" en *Revista de asociación odontológica Argentina.* 93 (2): 111-112.
25. Cowpe, J., Harzer, W., Plasschaert, A., Vinkka-Puhakka, P., Walmsley, AD. (2010) "Profile and competences for the graduating European dentist" en *Eur J Dent Educ.* Nº 14 (4): 193-202.
26. Chaudhary, Z., Kumar, P., Krishnan, S., Sharma, P., Sharma, R. (2012) "A
27. Review of Literature on Ameloblastoma in Children and Adolescents and a
28. Rare Case Report of Ameloblastoma in a 3-Year-Old Child" en *Craniofacial Trauma Reconstr.* 5 (3): 161-168.
29. Chiner, E. (2011) "Tema 6: la Validez" en Repositorio institucional de la Universidad de Alicante [En línea]. Alicante, disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/19380> [Accesado el día 28 de Octubre del 2013]
30. Crespo, R., Del Rosario, M., Planells, P., Rioboo, R. (2002) "Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños" en *Medicina Oral.* 7(3): 184-191.
31. Dass, A., Mohan, H., Mundi, I., Punia, RP., Tahlan, A. (2011) "Non-neoplastic salivary glands lesions: a 15-year study" en *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 268 (8): 1187-1190.
32. Diegel, T., Koops, S., Jaehne, M., Muenscher, A., Sanchez-Hanke, M., Ussmüller, J. (2009) "Benign and malignant salivary gland diseases in children. A retrospective study of 549 cases" en *Salivary Gland Registry.* 36 (3): 326-331.
33. Dios, PD., Esparza, G., Seoane, J., Warnakulasuriya, S., Varela-Centelles, P. (2006) "Oral cáncer: experiencias and diagnostic abilities elicited by dentists in North-Western Spain" en *Oral Dis.* 12(5): 487-492.
34. Donoghue, M., Selvamani, M., SHivappa, P. (2012) "Analysis of 153 cases of odontogenic cysts in a South Indian sample population: a retrospective study over a decade" en *Braz Oral Re.* 26(4): 330-334.

35. Dolores, M., Gómez, J. (2009) "La validez en los tests, escalas y cuestionarios" en *La Sociología en sus Escenarios* [En línea]. 12. Universidad de Antioquia disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewArticle/1750> [Accesado el 14 de Abril del 2014].
36. Durán-Padilla, MA., Gaitán-Cepeda, LA. Gómez-Apo, E. Mejía-Velázquez, CP. Quezada-Rivera, D. (2012) "Tumors of the salivary gland in Mexicans. A retrospective study of 360 cases" en *Journal section: Oral Medicine and Pathology* .17 (2): 183-189.
37. Ellies, M., Laskawi, R. (2010) "Diseases of the salivary glands in infants and adolescents" en *Head Face Med.* 15: 1-7.
38. Elagoz, S., Ezirganli, S., Göze, F., Kara, MI., Muderris, S., Polat, S. (2010) "Neoplasms of the salivary glands in a Turkish adult population" en *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 15 (6): 880-885.
39. Emiliano, GBG., Gordón-Núñez, MA., Medeiros, MC., Nonaka, CFW., Souza, MB., Torres, TB. (2010) "Odontogenic cysts: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period" en *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*15(4): 583-590.
40. Escobar, E., Godoy, L., Ochsenius, G., Peñafiel, C. (2007) "Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile" en *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*12: 85-91.
41. Eversole, L., Sapp, P., Wysocki, G. (2008) "Patología oral y maxilofacial contemporánea". Segunda edición. Barcelona, Elsevier.
42. Figueredo, C., Pinto, L., Santos, JN., Souza, LB. (2001) "Odontogenic tumors: analysis of 127 cases" *Pesqui Odontol Bras.* 15: 308-313.
43. Feldman, C., Groeneveld, H., Kellet, M., Pazdera, J., Rouse, L., Sae-Lim, V., Sanz, M., Seth-Smith, S., Treasure, E., Van Dijk, W., Yen, E., Zarkowski, P. (2008) "Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies" en *Eur J Dent Educ.* 12(1): 101-110.
44. Frazão, P. Sartori, LC., (2012) "Accuracy of screening for potentially malignant disorders of the oral mucosa by dentists in primary care" en *Oral Health Prev Dent.* Año 10. Nº 1, pp 53-58.
45. Galve, R., Galve, R., Lahoz, MT. (2009) "Tumoral pathology of salivary glands. Our experience" en *Acta Otorrinolaringol Esp.* 60(2): 120-125pp.

46. Garcés-Ortiz, M., Ledesma-Montes, C. (2002) "Tumores de glándulas salivales en México. Estudio retrospectivo" en *Medicina Oral*. 7: 324-330.
47. García, A., Gómez, F., Martínez, J., Oviedo, L., Soto, A. (2010) "Current status of the torus palatinus and torus mandibularis" en *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 15: 353-360.
48. González-Mosquera, A., Seoane, JM., Velo-Noya, J. (2008) "La biopsia oral en el contexto del precáncer y del cáncer oral" en *Avances en Odontoestomatología*. 24(1): 89-96
49. Hadler-Olsen, ES., Hietanen, J., Johannessen, AC., Kenrad, B., Kragelund, C., Nylander, K., Puraren, M., Reibel, K., Rozeel B., Salo, T., Syrjänen, S., SØland, TM., Van der Waal, I., Van der Wal, JE., Warfvinge, G, (2010) "Statement on oral pathology and oral medicine in the European Dental Curriculum" en *Scandinavian Fellowship for Oral Pathology and Oral Medicine*. 39(10): 800-801.
50. Heredia, LPD., Sánchez, AIM., Vargas, D., (2012) Confiabilidad y validez del cuestionario de espiritualidad de Parsian y Dunning en versión española. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] Mayo- 2012 [acceso:15-Jun-2014] [8 pantallas]. Disponible http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a18v20n3.pdf
51. Hu, Y., Li, L., Li, J., Tian, Z., Wang, L. (2010) "Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23- years retrospective study of 6982 cases in an Eastern Chinese population" en *Int J Oral Maxillofac Surg*. 39(3): 235-242.
52. Jaramillo, S., Osses, S. (2012) "Validation of an Instrument on Metacognition for Second Cycle General Basic School Pupils" en *Estudios Pedagógicos*. 2: 117-133.
53. Jing, W., Lin, Y., Qiao, J., Tang, W., Tian, W., Xuan, M., Wu, L., Zheng, X. (2007) "Odontogenic Tumours: a retrospective study of 1642 cases in a Chinese population" en *Int J Oral Maxillofac Surg*. 36: 20-25.
54. Karring, T., Lang, N., Lindhe, J. (2009) "Periodontología Clínica e Implantología Odontológica". Quinta edición. Tomo 1. Buenos aires, Panamericana.
55. Kondori, I., Laskin, DM., Mottin, RW. (2011) "Accuracy of dentists in the clinical diagnosis of oral lesion" en *Quintessence int*. 42(7): 575-577.
56. Kowkabi, M., Khosravi, N., Navabi, AA., Razavi, SM. (2012) "Odontogenic tumors in Iran, Isfahan: A study of 260 cases" en *Dental Research Journal*. 9: 725-729.
57. Ledesma, R., I Molina, G., Valero, P. (2002) "Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos" en *Psico-USF*. 7(2): 143-152.

58. Manjunath, S., Pais, S., Ramesh, R., Shivakumar, K., Ustad, T. (2010) "Unicystic ameloblastoma of the mandible: an unusual case report and review of literature" en *Head Neck Oncology*. 2: 1-5.
59. Neville, B., Damm, D., Allen, C., Bouquot, J. (2002) "Oral and maxillofacial pathology". Segunda edición. Philadelphia, WB Saunders
60. Ramos, D. (2008) "Ameloblastoma: a case report" en *Odontol Sanmarquina*. 11(1) 32-34.
61. Regezi, J., Schiuba, J. (2000) "*Patología bucal: correlaciones clinicopatológicas*". Tercera edición. Ciudad de México. McGraw-Hill Interamericana.
62. Ruiz, C. (1998). *Instrumentos de Investigación Educativa*. Venezuela: Barquisimeto, CIDEG.
63. Samadi, FM., Singh, A., Shaikh, S., Shrivastava, S., Verma, R. (2012) "Maxillary unicystic ameloblastoma: A review of the literature" en *National Journal of Maxillofacial surgery*. 2: 163-168.
64. Stoelinga, P. (2012) "The Management of Aggressive Cysts of the Jaws" en *J Maxillofac Oral Surg*. 11: 2-12.

11. ANEXOS

11.1 Anexo N°1 Carta de invitación a participar en el estudio.

Estimado
validador: Sr(a)
Presente:

Nos es grato dirigirnos a usted, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto en nuestro trabajo de investigación, requisito para optar al título de cirujano dentista “Validación de un instrumento de evaluación de conocimientos en patología oral para el odontólogo general”.

Desde hace un tiempo, nuestro país ha experimentado un creciente aumento de las facultades de odontología, y un incremento en la entrada de profesionales extranjeros; esto hace necesario pensar en una forma de evaluar y a la vez discriminar las habilidades y conocimientos de los odontólogos, para de esta forma certificar y respaldar el buen ejercicio de la profesión en el área pública y privada. Nuestro desafío es generar una herramienta que nos permita medir la capacidad diagnóstica de las patologías orales más frecuentes y que sea aplicable en cualquier odontólogo general,

El objetivo del estudio es validar un instrumento creado en el trabajo de investigación “Nivel de conocimientos en patología oral de los odontólogos de la Universidad de Valparaíso”, año 2013.

Para efectuar la validación del instrumento, requerimos concertar un encuentro para realizar las evaluaciones pertinentes a nuestro trabajo de investigación.

Agradeciendo su pronta respuesta, se despiden cordialmente.

Grupo seminario de tesis “VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN PATOLOGÍA ORAL PARA EL ODONTÓLOGO GENERAL” conformado por las alumnos(as) Jessenia Becerra, Diego Fernández U. y Valeria Oneto H. Y el docente guía Dr. Rodrigo Fuentes Cortés: Msc, Profesor Adjunto Universidad De Valparaíso, Facultad De Odontología, Cátedra De Patología y Diagnóstico Oral, Magister Patología Y Medicina Oral, Universidad De Chile, Especialista En Patología Oral, CONACEO.

11.2 Anexo N°2 Consentimiento Informado

El presente trabajo de investigación, requisito para optar al Título de Cirujano Dentista, “Validación de un instrumento de evaluación de conocimientos en patología oral para el odontólogo general” es conducido por las alumnas de la universidad de Valparaíso Jessenia Becerra Muñoz, Diego Fernández Urtubia y Valeria Oneto Hernández y tiene como docente Guía al Dr. Rodrigo Fuentes Cortés, Jefe de la Catedra de Patología y diagnóstico oral de la universidad de Valparaíso.

El objetivo del estudio es validar un instrumento creado en el trabajo de investigación

“Nivel de conocimientos en patología oral de los odontólogos de la Universidad de Valparaíso”, año 2013.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá evaluar un cuestionario que consta de 16 casos clínicos, en los que se desarrollan 5 preguntas orientadas al diagnóstico y actitud clínica frente al caso. Para la evaluación se le adjuntará una encuesta donde deberá evaluar cada ítem en particular, pudiendo dar comentarios y sugerencias en cada uno de ellos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y será de carácter anónimo, por lo que no se individualizarán los datos obtenidos y sólo serán empleados con fines de investigación científica.

Desde ya, agradecemos su participación.

Yo..... C.I, manifiesto que he recibido la información suficiente sobre la investigación “Validación de un instrumento de evaluación de conocimientos en patología oral para el odontólogo general”; para lo cual sus autores han solicitado mi participación y consiento responder el cuestionario.

.....

Firma participante

11.3 Anexo N°3 Pauta de evaluación del instrumento Abril-Mayo 2014



“Validación de un instrumento de evaluación de conocimiento en patología oral para el odontólogo general”

En la siguiente encuesta debe responder analizando cada pregunta; si está de acuerdo o no con el planteamiento de ésta y luego analizar si considera pertinentes las imágenes utilizadas. Los ítems *redacción* y *faltan datos* son referentes al análisis de la descripción del caso clínico. En cada pregunta se entrega el espacio necesario para dar opiniones y comentarios si usted lo considera necesario.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°1	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	En acuerdo	Neutro	De	Muy de acuerdo
Caso clínico N°2	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De <u>acuerdo</u>	Muy de <u>acuerdo</u>
Caso clínico N°3	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De <u>acuerdo</u>	Muy de <u>acuerdo</u>
Caso clínico N°4	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De <u>acuerdo</u>	Muy de <u>acuerdo</u>
Caso clínico N°5	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°6	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°7	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°8	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°9	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°10	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°11	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°12	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°13	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°14	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°15	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Caso clínico N°16	Cree que la redacción del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que la imagen del caso es adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cree que el odontólogo general debe ser capaz de diagnosticar esta patología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Considera usted que la información entregada en el caso es suficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugerencias y comentarios:

11.4 Anexo N° 4 Cuestionario de patología oral dirigido al odontólogo general.



Para responder a las siguientes preguntas se dará una breve anamnesis y descripción de la lesión la que será acompañada por imágenes adjuntas a cada caso. Las preguntas deben ser respondidas desde la perspectiva del odontólogo general competente en conceptos patológicos a nivel del odontólogo general.

Datos personales:

- Edad: _____ años
- Sexo: M-F
- Especialidad: Especialista en patología oral Magíster en patología oral
Ambas
- Universidad en la que ejerce docencia actualmente: _____
- Años de trabajo docente/clínico: _____ años

Caso Clínico N°1

Paciente sexo femenino, 72 años de edad, presenta lesión blanca en mucosa oral sin sintomatología. Su aparición fue posterior a un tratamiento para úlcera recurrente oral con corticoides tópicos. La lesión cede al raspado dejando una zona eritematosa.

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):
-

- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así, especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:
-

- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cuál:
-

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°2

Paciente sexo masculino, 37 años de edad, con historia de pericoronaritis, acude a evaluación, donde se observa una lesión radiolúcida en relación a diente 3.8

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así, especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°3

Paciente sexo femenino, 52 años de edad, presenta lesión blanca en dorso lingual y en mucosa bucal en forma bilateral, no cede al raspado y se presenta asintomática. Paciente no recuerda desde hace cuánto tiempo tiene las lesiones.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así, especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°4

Paciente sexo masculino, 23 años de edad. Presenta lesión en labio inferior indolora y fluctuante a la palpación con un periodo de evolución de 3 semanas, además, paciente relata antecedentes de mordedura de labio.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo (si considera necesario puede proponer más de 1) correspondería a:

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°5

Paciente sexo masculino, 54 años de edad, presenta múltiples vesículas en la piel perioral del labio inferior. En la anamnesis indica que comenzó con picor y ardor en la zona hace 2 días, señalando que no es la primera vez que presenta este tipo de lesión.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

- 4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.
- a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)
 - b. Derivar (especificar especialista) _____
 - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____
- 5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°6

Paciente sexo masculino 40 años de edad, presenta múltiples prótesis fijas en maxilar superior. Radiografía periapical muestra lesión radiolúcida de aproximadamente 7 mm de diámetro en relación a diente 2.2, que al examen clínico se presenta desvital. Tiempo de evolución indeterminado.

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):
-

- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:
-

- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:
-

- 4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

- a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)
- b. Derivar (especificar especialista) _____
- c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

- 5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?
-

Caso Clínico N°7

Paciente sexo masculino, 65 años de edad, presenta lesión única, exofítica e indolora en piso de boca. Tiempo de evolución indeterminado.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°8

Paciente sexo masculino, 38 años de edad, presenta aumento de volumen al lado derecho del piso de boca, sensible a la palpación; en el examen clínico se percibe una masa firme bajo la mucosa inflamada. Relata sintomatología dolorosa hace 2 días, especialmente a la hora de las comidas.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°9

Paciente sexo femenino 68 años de edad, presenta lesión única en la mucosa labial inferior. Relata aparición hace 3 días y sintomatología dolorosa.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

- a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)
 - b. Derivar (especificar especialista) _____
 - c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____
- 5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?
-

Caso Clínico N°10

Paciente sexo femenino 29 años de edad, sin sintomatología ni signos clínicos de anomalía, en examen de rutina se hace hallazgo radiográfico de lesión unilocular a nivel del ángulo y rama mandibular ovoidea de contornos definidos, diente 4.7 vital.

- 1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):
-

- 2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:
-

- 3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:
-

- 4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

- a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)
- b. Derivar (especificar especialista) _____
- c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°11

Paciente sexo masculino, 46 años de edad, fumador de 2 cajetillas de cigarro diarias. Posee una lesión costrosa en bermellón del labio inferior que se presenta

indurada. Tiempo de evolución de 2 meses y relata una sensación de incomodidad leve (no existe hábito de mordedura de labio).

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°12

Paciente sexo masculino 75 años de edad, presenta aumento de volumen en zona parotídea, indolora, de consistencia firme y difícilmente desplazable, 2 años de evolución y recubierto de piel normal, la piel se desplaza sobre la lesión con dificultad.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)

5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°13

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad y aparente buen estado de salud general, acude a la consulta para realizarse un control odontológico. Al examen clínico se detecta lesión de tiempo de evolución desconocido en la zona media del paladar y duro a la palpación. Se presenta indoloro y la mucosa que lo recubre se observa de aspecto normal.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°14

Paciente masculino de 48 años de edad que acude a la clínica refiriendo como motivo de consulta "tengo una tumoración sobre uno de mis dientes desde hace un año, que sangra cuando me cepillo". Al examen clínico se observa una lesión exofítica de base pedunculada en la encía marginal de 2 cm de diámetro. Presenta mala higiene y abundante tártaro en el grupo quinto.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°15

Paciente de sexo masculino de 8 años de edad, concurre a la consulta por dolor en el diente 7.4. Se realiza terapia pulpar y al examen radiográfico de control se observan múltiples estructuras radiopacas, rodeadas por una delgada línea radiolúcida.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)

b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál)_____

¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

Caso Clínico N°16

Paciente de sexo femenino 34 años. Se presenta a la consulta con una tumoración de gran volumen en el lado izquierdo de su cara, sin manifestaciones de dolor, pero sí de incomodidad y la dificultad para masticar alimentos y leves problemas en la articulación de palabras por el gran volumen del tumor. Se puede observar desplazamiento de dientes posteriores y movilidad de los dientes antero inferiores. Ante estos hallazgos se solicitó un TAC.

1) Dada la descripción de la lesión, anamnesis del paciente e imagen clínica, su diagnóstico presuntivo correspondería a (si considera necesario puede proponer más de uno):

2) ¿Considera necesario efectuar una biopsia al tejido? Si es así especifique si será realizada por usted o lo derivará a otro profesional:

3) ¿Considera necesario solicitar algún tipo de examen complementario no quirúrgico? (no considerar maniobras clínicas) si es así especifique cual:

4) Frente a este caso el odontólogo general ¿Qué actitud (es) clínica (s) debería tener al momento del diagnóstico? Si marca más de una indique cual sería la primera.

a. Controlar (observar el comportamiento del cuadro en el tiempo)







b. Derivar (especificar especialista) _____

c. Efectuar personalmente el tratamiento (especificar cuál) _____

5) ¿Realizaría usted alguna otra maniobra (indicaciones, recetas, orientación) con el paciente?

¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!

11.5 Anexo N°5 Resumen apoyo imagenológico casos clínicos

Resumen Apoyo Imagenológico Casos Clínicos	
<p>Universidad de Valparaíso CHILE</p> <p>Caso N° 1</p> 	<p>Universidad de Valparaíso CHILE</p> <p>Caso N° 2</p> 
<p>Universidad de Valparaíso CHILE</p> <p>Caso N° 3</p> 	<p>Universidad de Valparaíso CHILE</p> <p>Caso N° 4</p> 
<p>Universidad de Valparaíso CHILE</p> <p>Caso N° 5</p> 	<p>Universidad de Valparaíso CHILE</p> <p>Caso N° 6</p> 

Caso N° 7



Caso N° 8



Caso N° 9



Caso N° 10



Caso N° 11



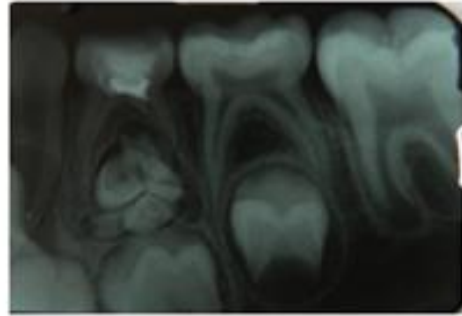
Caso N° 12



Caso Nº 12



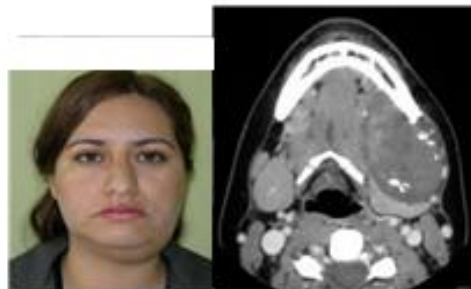
Caso Nº 13



Caso Nº 15



Caso Nº 16



	Comité Bioseg.	N																			
	SEREMI	A																			
Sección TESIS II	Item		Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	Se	EX
			m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
Obtención de datos	Aplicación de mediciones					E	E	E	E	E	E	E									
	Ejec. Experiment.	N																			
	Recolección de datos (encuestas, fichas, etc)	A					E	E	E	E	E	E									
Tabulación de datos	Ordenamiento, revisión y clasificación de datos.												E	E	E	E	E				
	Estadística descriptiva												E	E	E	E	E				
	Tablas y gráficos												E	E	E	E	E				
	Estadística inferencial												E	E	E	E	E				
Discusión	Aporte de la investigación																	E	E	E	
	Contraste con referencias b.																	E	E	E	
Conclusiones	Análisis por objetivo																	E	E	E	
	Limitaciones																	E	E	E	
	Sugerencias																	E	E	E	

11.7 Resumen estudios de prevalencia de las enfermedades orales más frecuentes.

Candidiasis					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Grupo etario	Prevalencia
Cebeci et al.	2009	Turquía	5000	17-85 años	0,2%
Castellanos et al.	2007	México	23785	Mayores de 15 años	2.01%
Mujica et al.	2007	Venezuela	340	Mayores de 60 años	Eritematosa: 4% Pseudomembranosa: 0,5%
Cueto et al.	2012	Chile	126	≥ de 60 años	5%

Liquen Plano oral (Reticular)					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Espinoza et al.	2003	Chile	889	≥ 65 años	2,1 %
Cebeci et al.	2009	Turquía	5000	17-85 años	0,8%
Castellanos et al.	2007	México	23785	Mayores de 15 años	0,17%
Mujica et al.	2007	Venezuela	340	Mayores de 60 años	3%
Cueto et al.	2012	Chile	126	≥ 60 años	1%

Herpes recidivante oral					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Cebeci et al.	2009	Turquía	5000	17-85 años	2,1%
Castellanos et al.	2007	México	23785	Mayores de 15 años	0,8%
Mujica et al.	2007	Venezuela	340	Mayores de 60 años	1%

Papiloma					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Mujica et al.	2007	Venezuela	340	Mayores de 60 años	1%
Castellanos et al.	2007	México	23785	Mayores de 15 años	0,3%
Cebeci et al.	2009	Turquía	5000	17-85 años	0,1%
Espinoza et al.	2003	Chile	889	≥ 65 años	0,6%
Cueto et al.	2012	Chile	126	≥ 60 años	1%

Úlceras traumáticas					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Mujica et al.	2007	Venezuela	340	Mayores de 60 años	3%
Castellanos et al.	2007	México	23785	Mayores de 15 años	0,7%
Espinoza et al.	2003	Chile	889	≥ 65 años	3,5%
Cebeci et al.	2009	Turquía	5000	17-85 años	0,9%
Cueto et al.	2012	Chile	126	≥ 60 años	30%

Carcinoma Espinocelular					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Cebeci et al.	2009	Turquía	5000	17-85 años	0,08%
Mujica et al.	2007	Venezuela	340	Mayores de 60 años	2%
Borgeat et al.	2007	Chile	316	18-93 años	63,8%

Granuloma Piógeno					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Espinoza et al.	2003	Chile	889	≥de 65 años	0,7%
Castellano et al.	2007	México	23785	Mayores de 15 años	0,08%
Mujica et al.	2007	Venezuela	340	Mayores de 60 años	1%

Mucosele					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Mohan et al.	2010	UK	216	No se especifica	19,4 %
Muenschler et al.	2008	Alemania	549	0-14 años	72%

Sialolitiasis – Sialolitiasis					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Grupo etario	Prevalencia
Laskawi et al.	2005	Alemania	45	0-18 años	40%
Muensher et al.	2008	Alemania	549	0-14 años	37%
Mohan et al.	2010	UK	216	No se especifica	43%

Adenoma Pleomorfo					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Kara et al	2010	Turquía	125	16-80 años	64%
Lahoz et al	2008	España	63	0-90 años	41,2%
Ben Brahim et al.	2010	Turquía	180	No se especifica	61,7%
Morais et al	2011	Brasil	330	9-94 años	56.4%
Mejia et al	2012	México	360	11- 93 años	65,5%
Tian et al	2009	China	6892	0-80 años	69,18%
Oliveira et al	2009	Brasil	599	1-88 años	67,8%
Ledesma-Montes et al.	2002	México	67	10-69 años	58,2%
Muensher et al	2008	Alemania	549	0-14 años	71%

Quiste radicular					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Ochsenius et al	2007	Chile	2944	0-90 años	54,7%
Koivisto et al	2012	Usa	9723	5-100 años	33%
Grossmann et al	2007	Brasil	2905	No se especifica	61%
Beconsall et al	2010	Nueva Zelanda	4983	2-100 años	21,2%
Açikgöz	2012	Turquía	434	10-80 años	54,7%
Sharifian et al	2011	Iran	1227	3-84 años	37,8%
Souza et al	2010	Brasil	1019	0-86 años	61,4

Quiste dentígero					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Ochsenius	2007	Chile	2944	0- 90 años	18,5%
Grossmann et al	2007	Brasil	2905	No se especifica	25,3%
Açikgöz et al	2012	Turquía	434	10-80 años	26,6%
Selvamani et al	2012	India	153	6-84 años	20,3%
Sharifian et al	2011	Iran	-	-	24,7%
Souza et al	2010	Brasil	1019	0-86 años	20,1%

Tumor Odontogénico Queratoquístico					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Ochsenius	2007	Chile	2944	0-90 años	14,3%
Koivisto et al	2012	Usa	9723	5-100 años	8,8%
Grossmann et al	2007	Brasil	2905	No se especifica	7,2%
Ortega et al	2007	Chile	26	9-76 años	42,3%
WHO	2005	-	-	-	53%
Acikgoz et al	2012	Turquia	434	10-80 años	3,3%
Sharifian et al	2011	Iran	1227		19,4%
Jing et al	2007	China	1642	3-84 años	35,8%
Souza et al	2010	Brasil	1019	0-86 años	6,4 %

Odontoma					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Avelar et al.	2008	Brasil	238	No especificado	22.1%
Navabi et al.	2012	Irán	260	1.5 -80 años	33%
Santos et al.	2001	Brasil	127	4-82 años	50.4%
Escobar et al.	2002	Chile	362	No especificado	Compuesto 19,6%

Ameloblastoma					
Autor	Año	País	Tamaño muestral	Rango etario	Prevalencia
Koivisto et al	2012	USA	9724	5-100 años	1,2%
Ochsenius et al	2002	Chile	2944	0-90 años	20,4%
Akinola et al	2005	Nigeria	-	-	63%
Jing et al	2007	China	1642	3-84 años	40,3%
Kowkabi et al	2012	Iran	260	0-80 años	36,5%
Santos et al	2001	Brasil	127	0-90 años	50,4%
Avelar et al	2008	Brasil	238	0-70 años	23,7%

Torus palatino		
Autor	Año	Prevalencia
Jainkittivong et al	2000	43,54%
Al bayaty et al	2001	6,6%
Agnihotri et al	2003	26%
Bruce et al	2004	3,9%

11.8 Anexo nº 8

Listado de patólogos orales de Chile, miembros activos de la Sociedad de Patología Oral y Maxilar de Chile.

REGIÓN DE CHILE	COMUNA	PATÓLOGO ORAL	INSTITUCIÓN
Región de VALPARAISO	Viña del Mar Viña del Mar Viña del Mar Valparaíso Viña del Mar Viña del Mar	Dra. Karina Cordero Dr. Rodrigo Fuentes Dr. Ricardo Moreno Dr. Bernardo Venegas* Dr. René Martínez Dr. SvenNiklander	U. de Valparaíso / Particular U. de Valparaíso / Particular U. de Valparaíso / Particular Hospital Carlos van Büren U. Andrés Bello / Particular U. Andrés Bello / Particular
Región METROPOLITANA	Santiago Independencia Ñuñoa Ñuñoa Santiago Santiago Santiago Providencia Providencia Las Condes	Dra. Gloria García Dra. Iris Espinoza Dra. Marcela Hernández Dr. Nelson Lobos Dra. Ma-Paz Rodríguez Dr. Benjamín Martínez Dra. Ana Ortega Dra. Verónica Palacios Dr. Roberto Avalos Dr. Gonzalo Rojas	U. de Chile / Particular U. de Chile / Particular U. de Chile / Particular USS, UPV, UAB, UM / Particular U. de Chile, U. los Andes / Particular U. Mayor / Particular U. Mayor / H. Sótero del Río n U. de Chile/ Centro de Referencia de Salud
Región del MAULE	Talca	Dr. Bernardo Venegas*	U. de Talca

11.9 Anexo N°9

Alpha de Cronbach por Ítem average

item-test	item-rest	interitem				
Item	Obs	Sign	correlation	correlation	covariance	alpha
p_caso_1_1	14	+	0.5206	0.4824	.1242013	
0.9061 p_caso_1_2	14	+	0.1747	0.1506	.1300779	
0.9089 p_caso_1_3	14	+	0.2851	0.2574	.1289281	
0.9083 p_caso_1_4	14	+	0.2340	0.2061	.1294066	
0.9086 p_caso_2_1	14	+	0.6127	0.5741	.1216434	
0.9049 p_caso_2_2	14	-	0.4202	0.3775	.1256989	
0.9073 p_caso_2_3	14	+	0.1043	0.0656	.1304188	
0.9100 p_caso_2_4	14	+	0.5716	0.5302	.1223354	
0.9055 p_caso_3_1	14	+	0.4461	0.4142	.1265148	
0.9070 p_caso_3_2	14	+	0.4465	0.4018	.1249484	
0.9071 p_caso_3_3	14	+	0.4876	0.4513	.1251928	
0.9065 p_caso_3_4	14	+	0.5786	0.5524	.1251136	
0.9058 p_caso_4_2	14	+	0.3061	0.2908	.1297406	
0.9083 p_caso_4_3	14	-	0.1733	0.1570	.1303947	
0.9088 p_caso_6_1	14	+	0.3514	0.3061	.1267076	
0.9081 p_caso_6_2	14	-	0.1709	0.1589	.1305909	
0.9089 p_caso_6_3	14	-	0.0646	0.0523	.1309765	
0.9091 p_caso_6_4	14	-	0.3836	0.3514	.1273961	
0.9076 p_caso_7_1	14	+	0.6295	0.5955	.1221185	
0.9048 p_caso_7_2	14	+	0.6438	0.6207	.1243838	
0.9053 p_caso_7_3	14	+	0.1470	0.0914	.1296683	
0.9109 p_caso_7_4	14	+	0.3928	0.3685	.1281432	
0.9076 p_caso_8_1	14	+	0.2736	0.2378	.1285287	
0.9085 p_caso_8_2	14	-	0.1466	0.0882	.1296476	
0.9112 p_caso_8_3	14	-	0.5224	0.4898	.1250723	
0.9062 p_caso_8_4	14	-	0.2712	0.2555	.1299127	
0.9085 p_caso_9_1	14	+	0.5122	0.4576	.1220565	
0.9067 p_caso_9_2	14	+	0.6867	0.6653	.1237675	
0.9048 p_caso_9_3	14	+	0.4588	0.4273	.1263702	
0.9069 p_caso_9_4	14	+	0.4192	0.3618	.1242495	
0.9080 p_caso_10_1	14	+	0.1880	0.1761	.1305289	
0.9088 p_caso_10_2	14	+	0.2122	0.1933	.1300538	
0.9087 p_caso_10_3	14	+	0.5013	0.4593	.1240808	
0.9064 p_caso_10_4	14	+	0.3707	0.3536	.1291381	
0.9080 p_caso_11_1	14	+	0.5868	0.5617	.1251859	
0.9058 p_caso_11_2	14	+	0.1747	0.1627	.1305771	
0.9088 p_caso_11_3	14	-	0.2260	0.1980	.1294755	
0.9087 p_caso_11_4	14	+	0.6168	0.5916	.1244939	

0.9054	p_caso_12_1		14	+	0.4615	0.4089	.1236987
0.9072	p_caso_12_2		14	+	0.6740	0.6519	.1239121
0.9049	p_caso_12_3		14	+	0.5891	0.5544	.1231375
0.9053	p_caso_12_4		14	+	0.3348	0.2787	.1262394
0.9089	p_caso_13_1		14	+	0.2963	0.2809	.1297888
0.9084	p_caso_13_2		14	+	0.2761	0.2204	.127403
0.9095	p_caso_13_3		14	-	0.3810	0.3470	.1272584
0.9076	p_caso_13_4		14	+	0.0028	-0.0140	.1312347
0.9094	p_caso_14_1		14	+	0.4769	0.4424	.1256507
0.9067	p_caso_14_2		14	+	0.4413	0.3974	.1251618
0.9071	p_caso_14_3		14	+	0.5386	0.5215	.1275786
0.9069	p_caso_14_4		14	+	0.5459	0.5174	.1253133
0.9061	p_caso_15_1		14	-	0.0526	0.0259	.1309627
0.9096	p_caso_15_2		14	+	0.1747	0.1627	.1305771
0.9088	p_caso_15_3		14	+	0.0224	0.0056	.1311383
0.9094	p_caso_15_4		14	+	0.2670	0.2513	.1299333
0.9085	p_caso_16_1		14	+	0.8113	0.7854	.1160077
0.9015	p_caso_16_2		14	+	0.6263	0.5863	.1208757
0.9047	p_caso_16_3		14	+	0.5835	0.5383	.1213095
0.9054	p_caso_16_4		14	+	0.6360	0.5952	.1203662
0.9046	-----+	-----					

9.10 Anexo N° 10

Alpha de Cronbach por Ítem sin caso 16

average

item-test	item-rest	interitem				
Item	Obs	Sign	correlation	correlation	covariance	alpha
p_caso_1_1	14	+	0.6721	0.6349	.0836656	
0.9257 p_caso_1_2	14	+	0.4042	0.3777	.0894671	
0.9315 p_caso_1_3	14	+	0.4076	0.3755	.0889727	
0.9312 p_caso_1_4	14	+	0.4078	0.3764	.0890245	
0.9312 p_caso_2_1	14	+	0.6939	0.6526	.0821544	
0.9246 p_caso_2_2	14	-	0.2952	0.2357	.0888052	
0.9333 p_caso_2_3	14	+	0.2111	0.1636	.0902526	
0.9339 p_caso_2_4	14	+	0.6353	0.5881	.0830675	
0.9261 p_caso_3_1	14	+	0.2270	0.1798	.0900852	
0.9336 p_caso_3_2	14	+	0.3286	0.2660	.0881593	
0.9329 p_caso_3_3	14	+	0.6275	0.5904	.0848698	
0.9269 p_caso_3_4	14	+	0.3981	0.3565	.0883507	
0.9311 p_caso_4_2	14	+	0.3362	0.3173	.0905278	
0.9325 p_caso_4_3	14	-	0.1443	0.1236	.091397	
0.9337 p_caso_6_1	14	-	0.0533	-0.0103	.0920948	
0.9378 p_caso_6_2	14	-	0.2320	0.2172	.0912335	
0.9333 p_caso_6_3	14	+	0.0359	0.0203	.0918874	
0.9342 p_caso_6_4	14	-	0.2655	0.2214	.0897662	
0.9330 p_caso_7_1	14	+	0.5918	0.5454	.0843793	
0.9273 p_caso_7_2	14	+	0.7404	0.7175	.0848259	
0.9259 p_caso_7_3	14	-	0.1351	0.0649	.0909783	
0.9372 p_caso_7_4	14	+	0.1872	0.1526	.0907989	
0.9336 p_caso_8_1	14	-	-0.0844	-0.1317	.0933189	
0.9379 p_caso_8_2	14	-	0.3633	0.2963	.0873499	
0.9326 p_caso_8_3	14	-	0.5100	0.4679	.0866282	
0.9292 p_caso_8_4	14	-	0.3169	0.2977	.0906155	
0.9326 p_caso_9_1	14	+	0.6127	0.5528	.0820189	
0.9267 p_caso_9_2	14	+	0.8542	0.8401	.0834981	
0.9239 p_caso_9_3	14	+	0.5566	0.5214	.0866242	
0.9287 p_caso_9_4	14	+	0.5311	0.4665	.0838889	
0.9289 p_caso_10_1	14	-	0.1483	0.1330	.0915126	
0.9337 p_caso_10_2	14	+	0.4143	0.3935	.0898858	
0.9318 p_caso_10_3	14	+	0.6276	0.5837	.0838052	
0.9365 p_caso_10_4	14	+	0.2987	0.2759	.0904998	
0.9326 p_caso_11_1	14	+	0.6888	0.6631	.0855317	
0.9268 p_caso_11_2	14	+	0.4042	0.3911	.0906593	
0.9325 p_caso_11_3	14	+	0.0121	-0.0247	.0921506	
0.9355 p_caso_11_4	14	+	0.7821	0.7617	.084172	

0.9250	p_caso_12_1		14	+	0.1256	0.0453	.0911777
0.9388	p_caso_12_2		14	+	0.7373	0.7137	.0847262
0.9258	p_caso_12_3		14	+	0.4204	0.3656	.0870668
0.9309	p_caso_12_4		14	-	0.0501	-0.0272	.0924058
0.9399	p_caso_13_1		14	+	0.4595	0.4425	.0899695
0.9317	p_caso_13_2		14	+	0.2497	0.1782	.0891601
0.9351	p_caso_13_3		14	-	0.1610	0.1128	.090779
0.9346	p_caso_13_4		14	+	0.1267	0.1059	.0914767
0.9338	p_caso_14_1		14	+	0.3716	0.3232	.088247
0.9316	p_caso_14_2		14	+	0.1667	0.1014	.0905278
0.9360	p_caso_14_3		14	+	0.6523	0.6346	.0879679
0.9293	p_caso_14_4		14	+	0.4984	0.4598	.0871864
0.9295	p_caso_15_1		14	+	0.1270	0.0937	.0912814
0.9342	p_caso_15_2		14	+	0.4042	0.3911	.0906593
0.9325	p_caso_15_3		14	+	0.2500	0.2300	.0909185
0.9330	p_caso_15_4		14	+	0.1884	0.1679	.0911976
0.9334							

-----+-----
Test scale | .0885495 0.9338
