




ARTÍCULO ORIGINAL

WILEY

Trastornos orales potencialmente malignos: evaluación de la actitud y el conocimiento sobre la capacitación futura en estudiantes de grado de odontología

Vlaho Brailo¹  | Marcio Diniz Freitas² | Jacobo Limeres Posse² | Luis Monteiro³ | Luis Martins Silva³ | Jean-Cristophe Fricain⁴ | Sylvain Catros⁴ | Mathilde Fénelon⁴ | Giovanni Lodi⁵ | Raj Ariyaratnam⁶ | Vignesh Murthy⁷ | Ross Keat⁸  | Richard James Cook⁹ | Michael P. Escudier⁹ | Kristina Horvat¹ | Niccolò Lombardi⁵  | Barbara Carey⁷ | Rui Albuquerque^{7,9}

1 Facultad de Odontología, Universidad de Zagreb, Zagreb, Croacia

2 Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago, España

3 Universidad CESPU Gandra, Portugal

4 Universidad de Burdeos, Burdeos, Francia

5 Università Degli Studi di Milano, Milán, Italia

6 Universidad de Manchester, Manchester, Reino Unido

7 Departamento de Odontología, Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust (GSTT), Guy's Hospital, Londres, Reino Unido

8 St Helens & Knowsley Teaching Hospitals NHS Trust, Manchester, Reino Unido

9 Odontología, Facultad de Odontología, Ciencias Orales y Craneofaciales, King's College London, Reino Unido

Contacto

Vlaho Brailo, Departamento de Odontología, Universidad de Zagreb, Facultad de Odontología, Gundulićeva 5, HR-10000 Zagreb, Croacia.

Correo electrónico: brailo@sfzg.hr

Información sobre la financiación
Programa Erasmus de la Unión Europea titulado "Oral Potentially Malignant Disorders: Training of Healthcare Professionals"

("Trastornos orales potencialmente malignos: formación de profesionales sanitarios", número de subvención: 2020-1-UK01- K A202-078917)

Resumen

Introducción: El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento y la experiencia clínica sobre Trastornos Orales Potencialmente Malignos (OPMD, por sus siglas en inglés) en estudiantes de grado en Odontología en seis países europeos (Croacia, Francia, Italia, Portugal, España y Reino Unido) y valorar la actitud y preferencia en torno a su capacitación futura sobre el tema. El estudio formó parte del proyecto de Erasmus titulado "Oral potentially malignant disorders: Training of Healthcare Professionals" ("Trastornos orales potencialmente malignos: capacitación de profesionales sanitarios") (número de subvención: 2020-1-UK01-KA202-078917).

Materiales y métodos: Se envió un cuestionario en línea a todos los estudiantes de último año de las seis universidades participantes, para evaluar cuatro dimensiones: (1) conocimiento sobre los OPMD, (2) experiencia clínica con este grupo de pacientes, (3) autoevaluación de la competencia en el abordaje de los OPMD y (4) preferencias con respecto a la capacitación futura.

Resultados: Doseientos sesenta estudiantes respondieron el cuestionario, con tasas de respuesta que variaron del 12 % al 92 % entre universidades. Se obtuvieron diferencias significativas tanto en el conocimiento como en la experiencia clínica de los estudiantes. Los estudiantes con más contacto clínico con los OPMD calificaron su competencia en el abordaje de estos trastornos mejor que los estudiantes con menos experiencia clínica. La mayoría de los estudiantes estaban interesados en mejorar su futura capacitación en OPMD mediante vídeos educativos cortos.

Conclusión: La mayoría de los estudiantes adquirió conocimientos teóricos sobre los OPMD durante su formación de grado; sin embargo, no todos tuvieron formación clínica con este grupo de pacientes. Los estudiantes mostraron receptividad a mejorar su capacitación sobre los OPMD. Se identificaron deficiencias importantes en el conocimiento que debe abordarse y se espera que la plataforma de aprendizaje electrónico y el libro electrónico que están desarrollando las instituciones implicadas en este proyecto ayuden a mejorar el conocimiento general de los OPMD.

PALABRAS CLAVE: estudiantes de odontología, capacitación, transformación maligna, cáncer oral, trastornos potencialmente malignos

[Corrección añadida el 20 de septiembre de 2022 después de la primera publicación en línea: la Afiliación 8 se actualizó en esta versión]

Este es un artículo de acceso abierto de conformidad con los términos de la licencia de atribución no comercial y no derivada de [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), que permite el uso y la distribución en cualquier medio, siempre que se cite correctamente el trabajo original, el uso no sea comercial y no se realicen modificaciones ni adaptaciones.

© 2022 Los autores. European Journal of Dental Education publicado por John Wiley & Sons Ltd

1 | INTRODUCCIÓN

Los trastornos orales potencialmente malignos (OPMD) se definen como "cualquier anomalía de la mucosa oral que se asocia con un riesgo estadísticamente mayor de presentar cáncer oral".¹ Los OPMD son un grupo clínicamente heterogéneo de trastornos con diferente prevalencia, presentación clínica, modalidades de tratamiento y tasas de transformación maligna (MTR, por sus siglas en inglés). Debido a su baja prevalencia (<1 %) en la población general, con frecuencia los profesionales sanitarios (HCP, por sus siglas en inglés) no reparan en los OPMD, especialmente en la práctica odontológica general.² Debido a su curso clínico potencialmente grave, los odontólogos generales (GDP, por sus siglas en inglés) deben poseer los conocimientos y habilidades necesarias para reconocer lesiones orales sospechosas y hacer una derivación adecuada. No obstante, según la literatura actual, este no es el caso de los actuales GDP, ni de los futuros. Los GDP a menudo carecen de conocimientos sobre la etiología, los factores de riesgo, el aspecto clínico y las alternativas de tratamiento, así como de las habilidades y la experiencia para hacer un examen clínico de la mucosa oral.³⁻⁶ Aunque los GDP presentan un mayor nivel de conocimientos y habilidades clínicas que los médicos generales sobre el tema, se ha señalado la necesidad de proporcionar más educación y capacitación en este tema. Una reciente revisión sistemática ha constatado esta situación.⁷

Seis universidades europeas (King's College de Londres, Reino Unido, Universidad CESPU, Portugal, Universidad de Burdeos, Francia, Universidad de Milán, Italia, Universidad de Santiago de Compostela, España, y Universidad de Zagreb, Croacia) desarrollaron un proyecto Erasmus titulado "Oral Potentially Malignant Disorders: Training of Healthcare Professionals" (Capacitación de profesionales sanitarios en trastornos orales potencialmente malignos) (número de proyecto: 2020-1-UK01-KA202-078917). El objetivo de este proyecto de 2 años de duración (del 31 diciembre de 2020 al 30 de diciembre de 2022) consistió en desarrollar una herramienta de aprendizaje electrónico/recursos en línea para HCP que abarcara los aspectos primordiales del proceso diagnóstico-terapéutico en pacientes con OPMD. La herramienta consta de varios módulos que abordan los siguientes temas: presentación clínica, procedimientos de diagnóstico, diagnósticos diferenciales, tratamiento y seguimiento de los OPMD. La herramienta de aprendizaje electrónico está disponible gratuitamente para los HCP de toda Europa y será accesible en todos los idiomas de los socios del proyecto (inglés, francés, italiano, croata, portugués y español).

Antes de desarrollar la herramienta de aprendizaje electrónico, los investigadores evaluaron el nivel actual de competencias sobre OPMD entre futuros GDP. El objetivo fue investigar el conocimiento y la experiencia clínica sobre OPMD en estudiantes del grado de odontología, identificar las deficiencias en el conocimiento o en habilidades clínicas, y determinar así las necesidades de capacitación.

2 | MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio formó parte del proyecto Erasmus titulado "Oral Potentially Malignant Disorders: Training of Healthcare Professionals" (Trastornos orales potencialmente malignos: capacitación de profesionales sanitarios) (número de proyecto: 2020-1-UK01-KA202-078917). El coordinador de esta encuesta (Universidad de Zagreb, Croacia) obtuvo la aprobación del Comité de ética y las otras cinco universidades involucradas suscribieron la aprobación ética del proyecto. En la encuesta, participaron estudiantes de último año de odontología de todas las universidades implicadas (King's College London, Reino Unido, Universidad CESPU, Portugal, Universidad de Burdeos, Francia, Universidad de Milán, Italia, Universidad de Santiago de Compostela, España y Universidad de Zagreb, Croacia).

El cuestionario se elaboró en un software de administración de encuestas (Google Forms®). La encuesta fue voluntaria y anónima, sin que se recabase ningún dato personal de los participantes. Antes de proceder con la finalización del cuestionario, los estudiantes debían dar su consentimiento y confirmar la comprensión de los objetivos del estudio.

El cuestionario se diseñó a partir de cuestionarios similares utilizados en estudios previos.^{4,8-10} Las preguntas se redactaron en varias fases hasta que se llegó a un consenso por parte de todos los socios. El cuestionario estuvo estructurado en cuatro partes. En la primera parte se recopilaron datos generales demográficos (sexo y país). En la segunda parte, los estudiantes evaluaron su experiencia y competencia clínica para diagnosticar OPMD en una escala de Likert de 5 puntos (1: deficiente, 5: excelente, 1: completamente inadecuado y 5: completamente adecuado respectivamente). En la tercera parte, se recogió la opinión de los estudiantes hacia estrategias educativas futuras sobre OPMD, modalidades de aprendizaje y evaluación del conocimiento mediante preguntas de opción múltiple. En la cuarta parte, se evaluó el conocimiento de los estudiantes sobre los factores de riesgo, la presentación clínica, la transformación maligna y la clasificación de los OPMD mediante preguntas de opción múltiple. Los resultados de conocimientos individuales correspondieron a la suma de respuestas correctas en esta sección por cada estudiante.

Los datos se incluyeron en un archivo de Microsoft Excel® y se almacenaron en una carpeta compartida segura en línea (Google Drive®). La función “Find and Replace” (“Buscar y reemplazar”) se usó para la codificación de datos para eliminar errores que pudieran haber ocurrido con la entrada manual. Para el análisis estadístico, se empleó el programa SPSS® versión 11 (realizado por VB). Se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para evaluar la normalidad de la distribución. Los datos tenían una distribución no normal; por lo tanto, se utilizaron métodos no paramétricos para el análisis. Las variables nominales se expresaron como proporciones y las continuas como medianas (rango intercuartil o RIC, por sus siglas en inglés). Las diferencias entre las variables nominales se evaluaron mediante la prueba de Chi-cuadrado y las diferencias entre las variables continuas se evaluaron mediante la prueba de Kruskal-Wallis o Mann-Whitney. Se utilizó la correlación de Spearman para evaluar la relación entre el conocimiento individual y el conocimiento y la competencia autoevaluada sobre los OPMD. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

3 | RESULTADOS

3.1 | Demografía

Doscientos sesenta estudiantes de Odontología de último año respondieron el cuestionario. Las tasas de respuesta variaron del 12 % al 92 % (tabla 1). Los detalles de los participantes se incluyen en la tabla 1. Se observaron diferencias significativas por sexos entre países ($p < 0,0001$). Las mujeres estuvieron más representadas en Croacia (64; 92,8%) y menos en Francia (25, 27,8 %). Los hombres estuvieron más representados en el Reino Unido (13; 50 %) y menos en Croacia (5; 7,2 %).

3.2 | Experiencia clínica sobre los OPMD

La experiencia clínica de los estudiantes se presenta en la tabla 2. Casi todos los estudiantes (257/260; 98,8 %) recibieron enseñanza sobre OPMD durante su formación odontológica de grado. Se obtuvieron diferencias significativas entre países. La proporción de estudiantes que hicieron rutinariamente un examen sistemático de los tejidos blandos orales en los pacientes varió del 50% al 100%. Ciento sesenta y cinco (65 %) estudiantes habían examinado a un paciente con un OPMD. La proporción de estudiantes que examinaron a un paciente con cáncer oral osciló entre el 11,1 % y el 79,7 %. El 57,7 % del total de estudiantes (rango entre países 31,1 % - 82,6 %) había observado una biopsia de una lesión oral, el 46,2 % (rango entre países 11,1 % - 76,7%)

había prestado asistencia en una biopsia de lesión oral, y el 8,1 % (rango entre países 0 % - 42,9 %) había hecho una biopsia de una lesión oral. Aunque la mayoría de los estudiantes (190; 73,4 %) refirió que derivarían a los pacientes a un Servicio de Medicina Oral ante la sospecha de un OPMD, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre países ($p < 0,0001$).

3.3 | Autoevaluación del conocimiento y competencia sobre OPMD

La percepción de los estudiantes sobre su propio conocimiento y competencia en OPMD se representa en la figura 1. En una escala de Likert de 5 puntos (1= deficiente, 5= excelente), los estudiantes calificaron su conocimiento actual sobre los factores de riesgo y la etiología de los OPMD como “muy bueno” (4) y el conocimiento sobre las características clínicas de los OPMD como “bueno” (3). Los estudiantes calificaron su capacidad para identificar y diagnosticar los OPMD como “buena” (3) en una escala de 5 puntos (1= completamente inadecuada, 5= completamente adecuada). Se observó una diferencia significativa en la autopercepción del conocimiento entre países. También se observó una diferencia significativa en relación con el grado de experiencia clínica. Aquellos estudiantes que hicieron un examen sistemático de rutina de los tejidos blandos en sus pacientes, examinaron a un paciente con OPMD, a un paciente con cáncer oral y que habían observado, prestado asistencia o hecho una biopsia de una lesión oral calificaron su conocimiento y competencia significativamente mejor que aquellos que no participaron en estas actividades clínicas.

3.4 | Capacitación a futuro sobre los OPMD

Los datos sobre futuras estrategias educativas, modalidades de aprendizaje y preferencias de evaluación se muestran en la tabla 3. La mayoría de los estudiantes (252; 97,3%) expresó su deseo de continuar capacitándose en OPMD (rango 88,5 % - 100 %). Se observaron diferencias significativas entre países ($p = 0,046$). La modalidad preferida de aprendizaje fueron los vídeos cortos (hasta 5 minutos). No se observaron diferencias significativas en los modos preferidos de aprendizaje entre estudiantes de diferentes países ($p = 0,096$). La evaluación basada en cuestionarios en línea fue seleccionada como el método de evaluación preferido por los estudiantes (131/260; 50,4 %). Se observó una diferencia significativa entre países ($p < 0,0001$).

TABLA 1. Datos demográficos de los encuestados

Sexo N (%)	Diferencias entre hombres y mujeres	
Hombre	75 (28,8)	N/A
Mujer	150 (57,7)	
Prefiero no responder	35 (13,5)	
País N (tasa de respuesta (%))		
Croacia	69 (72,6)	<0,001*
Francia	90 (91)	
Italia	43 (71,7)	
Portugal	14 (12)	
España	18 (45)	
Reino Unido	26 (15,8)	

*Diferencia significativa ($p<0,05$).

TABLA 2: Experiencia clínica del estudiante en OPMD y autoevaluación de su conocimiento y competencia para diagnosticar un OPMD.

Experiencia clínica	CR	FR	IT	PT	ES	GB	Total	p
Durante su formación y capacitación en el grado universitario, ¿Aprendió sobre los OPMD? N (%)								
Sí	69 (100)	90 (100)	43 (100)	14 (100)	18 (100)	23 (88,5)	257 (98,8)	NA
No	0	0	0	0	0	3 (11,5)	3 (1,2)	
¿Hace un examen sistemático de rutina de los tejidos blandos orales en sus pacientes? N (%)								
Sí	50 (72,5)	45 (50)	31 (72,1)	10 (71,4)	18 (100)	21 (80,8)	175 (67,3)	<0001*
No	19 (27,5)	45 (50)	12 (27,9)	4 (28,6)	0	5 (19,2)	85 (32,7)	
¿Alguna vez ha examinado a un paciente con OPMD? N (%)								
Sí	65 (94,2)	39 (43,3)	34 (79,1)	9 (64,3)	6 (33,3)	16 (61,5)	169 (65)	<0001*
No	4 (5,8)	51 (56,7)	9 (20,9)	5 (35,7)	12 (66,7)	10 (38,5)	91 (35)	
¿Alguna vez ha examinado a un paciente con cáncer oral? N (%)								
Sí	55 (79,7)	21 (23,3)	22 (51,2)	6 (42,9)	2 (11,1)	6 (23,1)	112 (43,1)	<0001*
No	14 (20,3)	69 (76,7)	21 (48,8)	8 (57,1)	16 (88,9)	20 (76,9)	148 (56,9)	
¿Alguna vez ha observado un procedimiento de biopsia de una lesión oral? N (%)								
Sí	57 (82,6)	28 (31,1)	35 (81,4)	8 (57,1)	7 (38,9)	15 (57,7)	150 (57,7)	<0001*
No	12 (17,4)	62 (68,9)	8 (18,6)	6 (42,9)	11 (61,1)	11 (42,3)	110 (42,3)	
¿Alguna vez ha asistido en una biopsia de una lesión oral? N (%)								
Sí	39 (56,5)	30 (33,3)	33 (76,7)	8 (57,1)	2 (11,1)	8 (30,8)	120 (46,2)	<0001*
No	30 (43,5)	60 (66,7)	10 (23,3)	6 (42,9)	16 (88,9)	18 (69,2)	140 (53,8)	
¿Alguna vez hizo una biopsia de una lesión oral? N (%)								
Sí	1 (1,4)	3 (3,4)	7 (16,3)	6 (42,9)	0	4 (15,4)	21 (8,1)	<0001*
No	68 (98,6)	86 (96,6)	36 (83,7)	8 (57,1)	18	22 (84,6)	239 (91,9)	
¿Se considera una persona competente para diagnosticar OPMD? N (%)								
Sí	54 (78,3)	45 (50)	19 (44,2)	5 (35,7)	16 (88,9)	10 (38,5)	149 (57,3)	<0001*
No	15 (21,7)	45 (50)	24 (56,8)	9 (64,3)	2 (11,1)	16 (61,5)	111 (42,7)	
¿A dónde derivaría a un paciente si sospechara que tuviese un OPMD? N (%)								
Medicina Oral	67 (97,1)	37 (41,1)	40 (93)	9 (64,3)	17 (94,4)	20 (80)	190 (73,4)	<0001*
Cirugía oral	1 (1,4)	41 (45,6)	1 (2,3)	2 (14,3)	0	1 (4)	46 (17,8)	
Cirugía maxilofacial	1 (1,4)	6 (6,7)	2 (4,7)	1 (7,1)	1 (5,6)	3 (12)	14 (5,4)	
Otorrinolaringología	0	4 (4,4)	0	1 (7,1)	0	1 (4)	6 (2,3)	
Otro	0	2 (2,2)	0	1 (7,1)	0	0	3 (1,2)	

*Diferencia significativa ($p<0,05$)

3.5 | Conocimiento sobre los OPMD: datos resumidos

El conocimiento del estudiante sobre los OPMD se muestra en la [tabla 4](#). La mayoría de los estudiantes clasificó correctamente la leucoplasia oral (OL), el liquen plano (OLP), la eritroplasia y la leucoplasia verrugosa proliferativa (PVL) como OPMD (242 (93,4 %), 218 (83,8 %), 219 (84,2 %) y 220 (84,6 %), respectivamente). La enfermedad del injerto contra el huésped (EICH), la lesión liquenoide oral (OLL), el lupus discoidal oral (DLE) y la fibrosis submucosa oral (OSF) se clasificaron como OPMD con menos frecuencia (36 (13,8 %), 72 (27,7 %), 68 (26,2 %) y 103 (39,6 %), respectivamente). El consumo de tabaco fue el único factor de riesgo de OPMD reconocido por el 100 % de los estudiantes. Otros factores de riesgo, como el consumo de alcohol, la exposición a los rayos UV y la masticación de betel fueron reconocidos en menor medida (238/260 (9,3 %), 204 (78,5 %) y 202 (77,7 %), respectivamente). Ciento setenta y tres estudiantes (173/260; 66,8 %) reconocieron todos los signos tempranos de cáncer oral. Los estudiantes estaban más familiarizados con la tasa de transformación maligna (MTR) del OLP: 169/260 (61,6 %) estudiantes. El 34,4 % (88/260) y el 16,9 % (44/260) supo indicar la MTR correcta de la OL y la PVL. El mascar betel fue reconocido como el principal factor etiológico para la aparición de la OSF en un 36,7 % (95/260) de los estudiantes. El 75,1 % (193/260) de los estudiantes reconoció el labio inferior como el sitio más común para la presentación de queratitis actínica. Con respecto a los factores de riesgo para la transformación maligna de la OL, la presentación no homogénea fue reconocida por la mayoría de participantes (245; 94,6 %), mientras que el sexo femenino fue el factor de riesgo menos conocido (148; 57,1 %). Un porcentaje menor de estudiantes clasificó correctamente la displasia grave y el carcinoma invasor como los hallazgos histológicos más comunes en la eritroplasia oral (134/260; 51,5 % y 73/260; 28,1 %, respectivamente). Ciento cincuenta estudiantes (150/260; 58,4 %) conocían que la presentación clínica más común de DLE como hiperqueratosis irradiada con atrofia central. Se encontraron diferencias significativas entre países en casi todas las respuestas.

3.6 | Conocimiento individual sobre los OPMD

El conocimiento individual se expresó como una suma de todas las respuestas correctas obtenidas por cada estudiante individual (valor máximo= 25). El resultado mínimo de conocimiento individual obtenido por un estudiante fue de 7 y el máximo valor individual alcanzado fue de 24.

La puntuación media de conocimiento individual fue 16 (14-18). Se observaron diferencias significativas entre los países ($P < 0,0001$) ([Figura 2](#)).

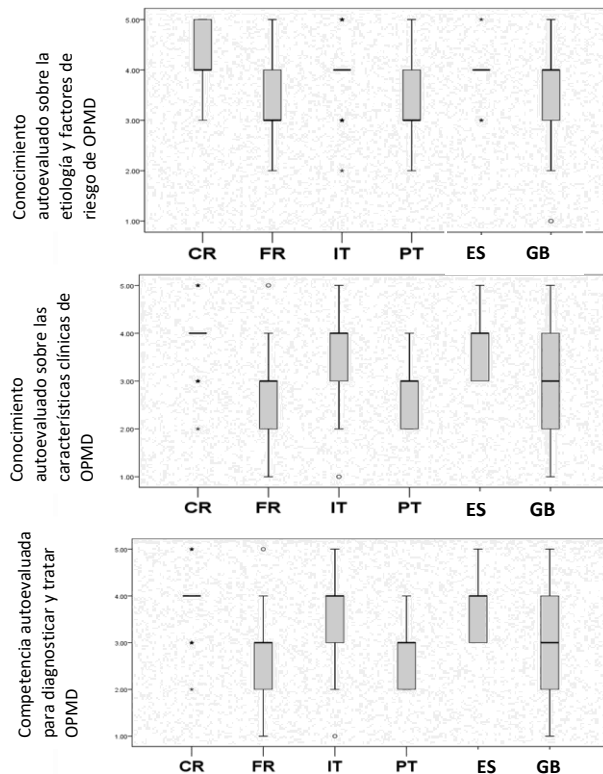


FIGURA 1. Conocimiento y competencia autoevaluados sobre OPMD: diferencias entre países

Se encontró una diferencia significativa en los valores de conocimiento relativos a la experiencia clínica con OPMD: los estudiantes que hicieron rutinariamente un examen oral de tejidos blandos tenían un mayor conocimiento en comparación con aquellos que no lo hicieron, (17 (14-19) frente a 15 (14-16); $p < 0,0001$); los estudiantes que examinaron un paciente con OPMD tenían un mayor conocimiento en comparación con los estudiantes que no lo hicieron, (16 (14-19) frente a 15 (13-17), $p < 0,0001$); los estudiantes que examinaron a un paciente con cáncer oral tenían un mayor conocimiento en comparación con los estudiantes que no lo hicieron, (17 (14-19) frente a 15 (14-17), $p = 0,004$); y los estudiantes que observaron una biopsia de una lesión oral tenían un mayor nivel de conocimiento en comparación con los estudiantes que no realizaron esta actividad, (16 (15-18,75) frente a 15 (13-17), $p = 0,001$). No hubo diferencias significativas entre los estudiantes que asistieron en una biopsia de una lesión oral en comparación con aquellos que no, (16 (14-18) frente a 14 (15-18); $p = 0,055$). Los estudiantes que se sintieron competentes para diagnosticar OPMD tenían un mayor conocimiento en comparación con los con los estudiantes que no se sintieron competentes para diagnosticar un OPMD, (17 (15-19) frente a 15 (13-17); $p < 0,0001$).

3.7 | Relación del conocimiento individual, la autoevaluación del conocimiento y la competencia en OPMD

Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el valor del conocimiento individual y el conocimiento autoevaluado sobre la etiología y los factores de riesgo para los OPMD ($r = .398$; $p < 0,0001$). También se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el valor de conocimiento individual y el conocimiento autoevaluado sobre la etiología y las características clínicas de los OPMD ($r = 0,468$; $p < 0,0001$). Por último, se observó una correlación estadísticamente significativa entre el valor del conocimiento individual y la competencia autoevaluada para identificar y diagnosticar un OPMD ($r = .412$; $p < 0,001$) (tabla 5).

4 | ANÁLISIS

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio internacional que evalúa el conocimiento, la competencia y las preferencias educativas en materia de OPMD. Los estudios previos que evaluaron el conocimiento o la competencia odontólogos o estudiantes de odontología se hicieron en una sola universidad o país.^{6,8-12} En este estudio, se obtuvieron diferencias significativas entre países europeos respecto al conocimiento y la experiencia clínica de los estudiantes sobre los OPMD.

Además, en este estudio se identificaron deficiencias importantes en el conocimiento que deberá abordarse en las estrategias de educación superior y en el diseño curricular.

La mayoría de los estudiantes (257/260; 98,8 %) refirió haber recibido docencia sobre OPMD durante su formación y capacitación de grado. Nuestros resultados reflejan que un tercio no tuvo experiencia clínica con OPMD. Casi dos tercios (169/260; 65 %) atendió a un paciente con un OPMD durante su formación clínica y menos de la mitad (112/260; 43,1 %) había examinado a un paciente con cáncer oral. En estudios similares, se obtuvieron diferencias en el contacto clínico de los estudiantes con pacientes con OPMD (19,4 %–79 %) y cáncer oral (14,7 %–20 %).^{9,10} En nuestro estudio, se constató que más de la mitad de los estudiantes observó (150/260; 57,7 %) o asistió en una biopsia de una lesión oral (120/260; 46,2 %), lo cual coincide con otros estudios.^{9,10} Pocos estudiantes hicieron una biopsia intraoral (8,1 %); sin embargo, esto varió significativamente entre países (0 %–42,9 %).

A partir de estos hallazgos, se destaca la necesidad de que los estudiantes tengan más contacto clínico con pacientes con OPMD, ya que esto repercute considerablemente en el grado de confianza al atender pacientes con OPMD o cáncer oral.^{11,12} En este estudio, los estudiantes con más experiencia clínica calificaron su competencia para diagnosticar y abordar los OPMD mejor que los estudiantes que no participaron en estas actividades clínicas. A partir de nuestros resultados, se demuestra la necesidad de enfatizar en la importancia hacer exámenes sistematizados de tejidos blandos orales, ya que sólo lo realizó el 67,3 % (175/260). Esto puede deberse un mayor enfoque sobre la dentición y el periodonto durante la formación de grado. En estudios similares, se señaló que entre el 98 % y 99 % de los estudiantes de odontología hacía exámenes de rutina de la mucosa oral.^{8,12} Entre el 11 % y el 99 % de los GDP hizo el examen de rutina de la mucosa oral.⁷ Dado que los GDP pueden los primeros facultativos en detectar una lesión oral sospechosa, el examen de la mucosa oral debería hacerse en cada consulta odontológica de manera rutinaria. Este proyecto hace hincapié en la importancia del examen sistemático de la mucosa oral en cada paciente. Al igual que en otros estudios, la Medicina Oral fue la especialidad de derivación más comúnmente referida.^{8,12} Las diferencias significativas en los patrones de derivación en este estudio pueden atribuirse a que la Medicina Oral no es una especialidad odontológica formalmente reconocida en todos los países de las universidades participantes en este proyecto. A pesar de las diferencias entre países, la mayoría de los estudiantes (88,5 %–100 %) manifestó querer aumentar su conocimiento y capacitación sobre los OPMD. Esto es prometedor, ya que casi la mitad de ellos (111; 42,7 %) refirió no sentirse competente en el diagnóstico de OPMD. A diferencia de otros estudios que evaluaron las modalidades de aprendizaje sobre el cáncer oral, en los que los paquetes de información fueron la modalidad más popular, el portal de videos se señaló como la modalidad preferida para adquirir conocimiento.^{8,12} Cada vez se dispone de más evidencias que avalan el uso de los videos para mejorar el proceso de aprendizaje en la medicina.^{13,14} Este modo de difusión del conocimiento es muy popular entre los estudiantes y los pacientes, aunque la calidad del contenido puede ser diversa.¹⁵⁻¹⁷ Se identificaron deficiencias importantes en torno al conocimiento sobre OPMD. La mayoría de los estudiantes identificó correctamente la OL, el OLP, la eritroplasia oral y la PVL como formas de OPMD.

TABLA 3: Preferencias sobre la capacitación a futuro sobre los OPMD.

	CR	FR	IT	PT	ES	GB	Total	<i>p</i>
¿Le interesa actualizar sus conocimientos y habilidades sobre el diagnóstico y abordaje de los OPMD? <i>N</i> (%)								
Sí	69 (100)	88 (97,8)	40 (97,8)	14 (100)	18 (100)	23 (88,5)	252 (97,3)	0,046*
No	0	2 (2,2)	2 (4,8)	0	0	3 (11,5)	7 (2,7)	
De los modos de aprendizaje enumerados, ¿cuál preferiría? <i>N</i> (%)								
Información impresa (folletos informativos, libros, etc.)	10 (14,5)	8 (8,9)	4 (9,5)	2 (14,3)	2 (11,1)	0	26 (10,1)	0,096*
Información de los medios (incluidas las redes sociales)	4 (5,8)	2 (2,2)	4 (9,5)	0	0	1 (4)	11 (4,3)	
Artículos revisados por expertos/basados en datos	3 (4,3)	2 (2,2)	1 (2,4)	0	2 (11,1)	0	8 (3,1)	
Libros digitales	2, (2,9)	1 (1,1)	1 (2,4)	0	1 (5,6)	1 (4,0)	6 (2,3)	
Infografías	0	2 (2,2)	1 (2,4)	1 (7,1)	0	2 (8)	6 (2,3)	
Conferencias presenciales	10 (14,5)	19 (21,1)	6 (14,3)	7 (50)	4 (22,2)	3 (12)	49 (19)	
Conferencias sincrónicas en línea	6 (8,7)	2 (2,2)	5 (11,9)	2 (14,3)	0	1 (4)	16 (6,2)	
Conferencias asincrónicas en línea	2 (2,9)	3 (3,3)	6 (14,3)	0	1 (5,6)	2 (8)	14 (5,4)	
Talleres/seminarios en línea	5 (7,2)	8 (8,9)	1 (2,4)	1 (7,1)	2 (11,1)	1 (4)	18, (7)	
Cuestionarios basados en casos	10 (14,5)	18 (20)	2 (4,8)	0	3 (16,7)	5 (20)	38 (14,7)	
Videos educativos cortos (hasta 5 min.) (portal de videos)	17 (24,6)	25 (27,8)	11 (26,2)	1 (7,1)	3 (16,7)	9 (36)	65 (25,7)	
¿Cómo le gustaría evaluar sus resultados de aprendizaje? <i>N</i> (%)								
Evaluación presencial por tutor	19 (27,5)	29 (32,2)	14 (32,6)	9 (64,3)	10 (55,6)	4 (15,4)	85 (32,7)	<0,001*
Evaluación en línea basada en cuestionarios	39 (56,5)	48 (53,3)	15 (34,9)	3 (12,4)	5 (27,8)	21 (80)	131 (50,4)	
Evaluación por colegas	0	7 (7,8)	10 (23,3)	0	1 (5,6)	0	18 (6,9)	
Autoevaluación	11 (15,9)	6 (6,7)	4 (9,3)	2 (14,3)	2 (11,1)	1 (3,8)	26 (10)	

*Diferencia significativa ($p < 0,05$)

TABLA 4: Conocimiento sobre OPMD: datos resumidos.

	CR	FR	IT	PT	ES	GB	Total	<i>p</i>
¿Cuáles de las siguientes opciones se clasifican como OPMD (de acuerdo con los últimos criterios de definición)? <i>N</i> (%)								
Leucoplasia	68 (98,6)	82 (91,1)	41 (95,3)	11 (78,6)	18 (100)	22 (88)	242 (93,4 %)	0,042*
Estomatitis nicotínica/palatitis/paladar del fumador	2 (2,9)	16 (17,8)	4 (9,3)	3 (21,4)	7 (38,9)	8 (30,8)	40 (15,4)	< 0,001*
Liquen plano oral	68 (98,6)	64 (71,1)	41 (95,3)	11 (78,6)	14 (77,8)	20 (76,9)	218 (83,8)	< 0,001*
Lesión liquenoide oral	7 (10,1)	22 (24,4)	21 (48,8)	5 (35,7)	6 (33,3)	11 (42,3)	72 (27,7)	< 0,001*
Queratosis por fricción	4 (5,8)	2 (2,2)	2 (4,7)	2 (14,3)	0	3 (11,5)	13 (5)	0,193
Lupus discoide oral	110 (14,5)	32 (35,6)	7 (16,3)	3 (21,4)	10 (55,6)	6 (23,1)	68 (26,2)	0,002*
Úlcera traumática crónica	34 (49,3)	8 (8,9)	6 (14)	5 (35,7)	6 (33,3)	4 (15,4)	63 (24,2)	< 0,001*
Fibrosis oral submucosa	44 (63,8)	10 (11,1)	17 (39,5)	4 (28,6)	9 (50)	19 (73,1)	103 (39,6)	< 0,001*
Queilitis actínica	61 (88,4)	59 (65,6)	16 (37,2)	5 (35,7)	16 (88,9)	7 (29,6)	164 (63,1)	< 0,001*
Eritroplasia	69 (100)	62 (68,9)	42 (97,7)	13 (92,9)	16 (88,9)	17 (65,4)	219 (84,2)	< 0,001*
Candidiasis hiperplásica crónica	23 (33,3)	6 (6,7)	7 (16,3)	1 (7,1)	9 (50)	10 (38,5)	56 (21,5)	< 0,001*
Leucoplasia verrugosa proliferativa	55 (79,7)	82 (91,1)	39 (90,7)	11 (78,6)	15 (83,3)	18 (69,2)	220 (84,6)	0,061
Candidiasis pseudomembranosa	4 (5,8)	4 (4,4)	5 (11,6)	0	5 (27,8)	4 (15,4)	22 (8,5)	0,012*
Enfermedad del injerto contra el huésped	3 (4,3)	13 (14,4)	12 (27,9)	2 (14,3)	2 (11,1)	4 (15,4)	36 (13,8)	0,028
¿Cuáles de los siguientes son factores de riesgo de OPMD? Seleccione cuatro opciones <i>N</i> (%)								
Fumar tabaco	69 (100)	90 (100)	43 (100)	14 (100)	18 (100)	26 (100)	260 (100)	N/A
Mascar betel	49 (71)	74 (82,2)	32 (74,4)	6 (42,9)	16 (88,9)	25 (96,2)	202 (77,7)	0,002*
Traumatismo crónico	49 (71)	8 (8,9)	25 (58,1)	9 (64,3)	10 (55,6)	6 (23,1)	107 (41,2)	< 0,0001*
Exposición a los rayos UV	49 (71)	84 (93,3)	25 (58,1)	11 (78,6)	15 (83,3)	20 (76,9)	204 (78,5)	< 0,0001*
Prótesis dentales mal ajustadas	10 (14,5)	4 (4,4)	10 (23,3)	5 (35,7)	2 (11,1)	0	31 (11,9)	0,001*
Consumo de alcohol	62 (88,9)	88 (97,8)	37 (86)	13 (92,9)	15 (83,3)	23 (88,5)	238 (93,3)	0,007*
Enfermedad periodontal crónica	3 (4,3)	7 (7,8)	4 (9,3)	3 (21,4)	1 (5,6)	1 (3,8)	19 (7,3)	0,322
¿Cuál de las siguientes lesiones de la mucosa puede considerarse un signo temprano de cáncer oral? <i>N</i> (%)								
Mácula rojiza	1 (1,5)	6 (6,7)	4 (9,3)	1 (7,1)	0	1 (3,8)	13 (5)	< 0,0001*
Úlcera que no cicatriza	2 (2,9)	32 (35,6)	6 (14)	3 (21,5)	3 (16,7)	3 (11,5)	49 (18,9)	
Mácula roja y blanca	6 (8,8)	2 (2,2)	0	0	0	0	8 (3,1)	
Apariencia de mucosa granulada	0	3 (3,3)	0	0	0	0	3 (1,2)	
Dureza al palpar	0	11 (12,2)	1 (2,3)	1 (7,1)	0	0	13 (5)	
Todas las anteriores	59 (86,8)	36 (40)	32 (74,4)	9 (64,3)	15 (83,3)	22 (84,6)	173 (66,8)	
¿Cuál es la tasa anual de transformación maligna del liquen plano oral? <i>N</i> (%)								
<1 %	55 (79,7)	46 (51,1)	29 (67,4)	4 (30,8)	8 (44,4)	17 (68)	169 (61,6)	0,003*
6 % – 10 %	12 (17,4)	36 (40)	10 (23,3)	5 (38,5)	7 (38,9)	7 (28)	77 (29,9)	
10 % – 15 %	2 (2,9)	7 (7,8)	4 (9,3)	3 (23,1)	3 (16,7)	1 (4)	20 (7,8)	
>20 %	0	1 (1,1)	0	1 (7,7)	0	0	2 (0,8)	

	CR	FR	IT	PT	ES	GB	Total	<i>p</i>
¿Cuál es la tasa anual de transformación maligna de la leucoplasia oral? <i>N</i> (%)								
1 %–2 %	30 (43,5)	16 (17,8)	23 (53,5)	3 (21,4)	2 (11,1)	15 (60)	89 (34,4)	<0,001*
5 %–10 %	32 (46,4)	42 (46,7)	13 (30,2)	6 (42,9)	9 (50,9)	7 (28)	109 (42,1)	
10 %–20 %	5 (7,2)	26 (28,9)	6 (14)	4 (28,6)	5 (27,8)	2 (8)	48 (18,5)	
20 %–50 %	2 (2,9)	6 (6,7)	1 (2,3)	1 (7,1)	2 (11,1)	1 (4)	13 (5)	
¿Qué proporción de pacientes diagnosticados con leucoplasia verrugosa proliferativa (PVL) a la larga presentan cáncer oral? <i>N</i> (%)								
5 %	9 (13)	37 (41,1)	8 (18,6)	2 (14,3)	5 (27,8)	6 (23,1)	67 (25,8)	0,008*
10 %	34 (49,3)	18 (20)	14 (32,6)	5 (35,7)	4 (22,2)	6 (23,1)	81 (31,2)	
25 %	17 (24,6)	19 (21,1)	14 (32,6)	5 (35,7)	4 (22,2)	9 (34,6)	68 (26,2)	
>50 %	9 (13)	16 (17,8)	7 (16,3)	2 (14,3)	5 (27,8)	5 (19,2)	44 (16,9)	
¿Cuál es el principal factor etiológico para la aparición de la fibrosis submucosa? <i>N</i> (%)								
Fumar tabaco	6 (8,7)	22 (24,4)	9 (20,9)	3 (21,4)	4 (22,2)	5 (20)	49 (18,9)	<0,001*
Mascar betel	44 (63,8)	6 (6,7)	19 (44,2)	2 (14,3)	7 (38,9)	17 (68)	95 (36,7)	
Traumatismo crónico	10 (14,5)	34 (37,8)	8 (18,6)	9 (64,3)	7 (38,9)	2 (8)	70 (27)	
Exposición a rayos UV	0	4 (4,4)	0	0	0	0	4 (1,5)	
Prótesis dentales mal ajustadas	7 (10,1)	21 (23,3)	7 (16,3)	0	0	1 (4)	36 (13,9)	
Consumo de alcohol	1 (1,4)	3 (3,3)	21 (23,3)	0	0	0	4 (1,5)	
Enfermedad periodontal crónica	1 (1,4)	0	3 (3,3)	0	0	0	1 (0,4)	
¿La queratitis actínica afecta con mayor frecuencia a cuáles de las siguientes zonas? <i>N</i> (%)								
Labio inferior	64 (92,8)	62 (68,9)	26 (61,9)	10 (71,4)	18 (100)	13 (54,2)	193 (75,1)	<0,001*
Labio superior	4 (5,8)	9 (10)	2 (4,8)	1 (7,1)	0	7 (29,2)	23 (8,9)	
Ambos labios por igual	1 (1,4)	19 (21,1)	14 (33,3)	3 (21,4)	0	4 (16,7)	41 (16)	
¿Cuáles de las siguientes opciones son factores de riesgo para la transformación maligna de la leucoplasia oral? Seleccione 4 opciones. <i>N</i> (%)								
Sexo femenino	46 (66,7)	50 (55,6)	20 (46,5)	10 (71,4)	15 (83,3)	7 (28)	148 (57,1)	0,02*
Aspecto no homogéneo	66 (95,7)	84 (93,3)	42 (97,7)	13 (92,9)	18 (100)	22 (88)	245 (94,6)	0,484
Tamaño	57 (82,6)	67 (74,4)	35 (81,4)	10 (71,4)	18 (100)	23 (92)	210 (81,1)	0,085
Localización en el suelo de la boca	66 (95,7)	66 (73,3)	40 (93)	14 (100)	18 (100)	20 (80)	224 (86,5)	<0,0001*
Localización en el paladar duro	4 (5,8)	20 (22,2)	8 (18,6)	3 (21,4)	0	9 (36)	44 (17)	0,003*
Aspecto homogéneo	2 (2,9)	2 (2,2)	0	1 (7,1)	0	1 (4)	6 (2,3)	0,653
Sexo masculino	20 (29)	15 (16,7)	15 (34,9)	2 (14,3)	3 (16,7)	11 (44)	66 (25,5)	0,031*
¿Cuáles de las siguientes opciones son los hallazgos histológicos más comunes en la eritroplasia oral? Seleccione dos opciones. <i>N</i> (%)								
Displasia moderada	20 (29)	35 (38,9)	26 (60,5)	5 (35,7)	9 (50)	12 (46,2)	107 (41,2)	0,034*
Displasia grave	50 (72,5)	39 (43,3)	24 (55,8)	7 (50)	11 (61,1)	3 (11,5)	134 (51,5)	<0,0001*
Carcinoma invasor	33 (47,8)	21 (23,3)	10 (23,3)	4 (28,6)	2 (11,1)	3 (11,5)	73 (28,1)	0,001*
Hiperqueratosis	12 (17,4)	19 (21,1)	3 (7)	4 (28,6)	5 (27,8)	9 (34,6)	52 (20)	0,084
Displasia leve	5 (7,2)	23 (25,6)	11 (25,6)	2 (14,3)	3 (16,7)	11 (42,3)	55 (21,2)	0,004*
Ninguna de las anteriores	0	5 (5,6)	1 (2,3)	1 (7,1)	2 (11,1)	3 (11,5)	12 (4,6)	0,118
¿Cuál es la presentación clínica más común del lupus discoide en la región oral y perioral? <i>N</i> (%)								
Hiperqueratosis irradiada con atrofia central	60 (80,7)	34 (38,2)	28 (66,7)	3 (21,4)	15 (83,2)	10 (40)	150 (58,4)	<0,0001*
Mácula blanca	1 (1,4)	18 (20,2)	4 (9,5)	0	1 (5,6)	1 (4)	25 (9,7)	
Mácula roja	3 (4,3)	9 (10,1)	5 (11,9)	5 (35,7)	1 (5,6)	3 (12)	26 (10,1)	
Lesión reticular blanca	4 (5,8)	26 (29,2)	3 (7,1)	6 (42,9)	1 (5,6)	9 (36)	49 (19,1)	
Ninguna de las anteriores	1 (1,4)	2 (2,2)	2 (4,8)	0	0	2 (8)	7 (2,7)	

*Diferencia significativa ($p < 0,05$)

Al igual que en otros estudios, la OL fue el OPMD más común identificado.¹⁰ Se determinó que había bajo conocimiento sobre OPMD menos frecuentes, como el DLE, las OLL y el EICH. El objetivo de la plataforma de aprendizaje electrónico desarrollada será enfatizar en la importancia de estas afecciones. El conocimiento de la presentación clínica de los OPMD y del cáncer oral fue bueno, y la mayoría de los estudiantes respondió correctamente sobre la presentación clínica de cáncer oral, el DLE y la queratitis actínica. Por el contrario, se evidenció que el conocimiento sobre la histología de los OPMD era insuficiente, y solo un subconjunto menor de estudiantes identificó correctamente las dos características histológicas más comunes de la eritroplasia oral, es decir, displasia grave (134; 51,5 %) y carcinoma invasor (73; 28,1 %).

Los estudiantes conocían la etiología y los factores de riesgo de los OPMD. El 100 % identificó el tabaquismo y 93,3 % señaló el consumo de alcohol como factores de riesgo. Esto no es sorprendente, ya que su papel como agentes cancerígenos en la cavidad oral está ampliamente documentado.¹⁸ Se obtuvieron resultados similares en un estudio de Carter *et al.*¹² Un porcentaje significativo de los estudiantes (41,2 %) identificó el traumatismo crónico como el factor de riesgo para los OPMD y el 27 % de los estudiantes también lo señaló como el factor etiológico principal de la OSF, aunque no hay pruebas de una asociación entre el traumatismo crónico y cualquier OPMD.¹ En una revisión sistemática reciente, se determinó que hay escasa evidencia que respalde la existencia de una asociación entre el traumatismo crónico y el cáncer oral.¹⁹ Un subconjunto menor de estudiantes (95; 36,7 %) identificó la masticación de betel como el principal factor etiológico para la aparición de la OSF, lo cual puede explicarse por la escasa prevalencia de la OSF en Europa.²⁰

Se encontró que el conocimiento sobre la transformación maligna de los OPMD era homogéneamente deficiente. Los estudiantes conocían la MTR anual del OLP, pero tendieron a sobreestimar la MTR anual de la OL y a subestimar la MTR de la PVL. Una vez más, esto último podría deberse a la escasa prevalencia de la PVL y a la falta de contacto clínico con esta afección.²¹⁻²² El conocimiento de los factores de riesgo para la MTR de la OL fue adecuado y la mayoría de los estudiantes identificaron correctamente la aparición no homogénea (245; 94,6 %), el tamaño (210; 81,1 %) y la localización en el suelo de la boca (224; 86,5 %) como factores de riesgo para la transformación maligna. El 57,1 % identificó el sexo femenino como un factor de riesgo. Según una revisión sistemática reciente, solo el sexo femenino, la apariencia no homogénea y la presencia de displasia epitelial son factores de riesgo para la

transformación maligna de la OL. Los estudiantes habían concluido el curso académico antes de que se publicara esta revisión.²³

De nuestros resultados, se desprende que existe una asociación entre el conocimiento individual y el contacto clínico con los OPMD. Los estudiantes que realizaron actividades clínica con pacientes con OPMD y cáncer oral, y que asistieron en una biopsia de una lesión oral, mostraron mayor conocimiento en comparación con aquellos sin contacto con este tipo de pacientes. Se sabe que la exposición clínica tiene un impacto positivo en la motivación del aprendizaje de los estudiantes, fomenta la adopción del material del curso y brinda la oportunidad de aprender sobre la conducta profesional.^{24,25} El conocimiento individual se correlacionó con el conocimiento autoevaluado y la confianza en el abordaje de los OPMD. Este hallazgo implica que la capacitación adicional en los OPMD puede tener un impacto positivo, no solo en el conocimiento teórico, sino también en la confianza de los estudiantes en el abordaje de los OPMD.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. La tasa de respuesta fue reducida en algunos países y puede no ser representativa de todos los estudiantes de grado en las universidades correspondientes. Podemos hacer algunas suposiciones al respecto: la encuesta se distribuyó en junio, julio y septiembre, lo que puede haber coincido con los exámenes de los estudiantes y el período de vacaciones. Las bajas tasas de respuesta podrían haber mejorado con correos electrónicos de recordatorio más frecuentes y comunicación personal con los estudiantes.

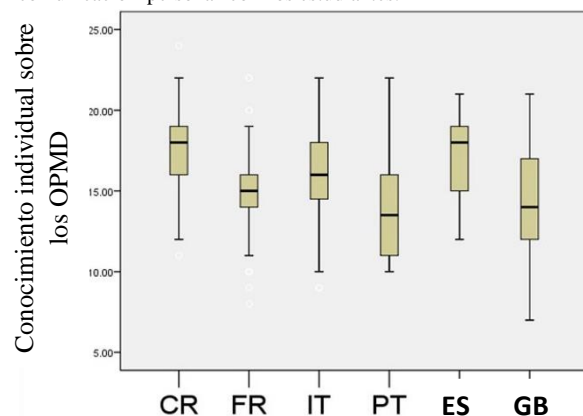


FIGURA 2. Conocimiento individual del estudiante sobre los OPMD, diferencias entre países

	Correlación con conocimiento individual (r)	p
¿Cómo calificaría su conocimiento actual sobre los factores de riesgo y la etiología de los OPMD? (1 – deficiente y 5 – excelente)	0,398	<0,0001*
¿Cómo calificaría su conocimiento actual sobre las características clínicas de los OPMD? (1 – deficiente y 5 – excelente)	0,468	<0,0001*
En una escala del 1 al 5 (1: completamente inadecuado y 5: completamente adecuado), ¿cómo calificaría su nivel de competencia para identificar y diagnosticar un OPMD?	0,412	<0,0001*

*Diferencia significativa (p<0,05)

Un lapso prolongado entre el período docente y el envío del cuestionario podría haber afectado la disposición de los estudiantes a participar. No obstante, los resultados nos permitirán centrarnos en estrategias educativas para abordar adecuadamente las lagunas en el conocimiento y aumentar el interés y la confianza en el proceso diagnóstico-terapéutico de los OPMD.

5 | CONCLUSIÓN

En conclusión, mediante este estudio se demuestra que los planes de estudio de grado en Odontología en Europa incluyen la enseñanza sobre los OPMD; sin embargo, no todos los estudiantes tienen contacto clínico con este tipo de pacientes. Existe la necesidad de que las facultades de Odontología incrementen las actividades clínicas relacionadas con los OPMD, ya que esto influye en gran medida en la confianza de los estudiantes en la detección y el abordaje de los OPMD. De nuestro análisis, se desprende que los estudiantes están interesados en seguir capacitándose, preferiblemente mediante el uso de tecnologías modernas, para mejorar el proceso de aprendizaje y facilitar la adaptación de contenidos. Se identificaron importantes deficiencias en el conocimiento que se abordarán mediante el desarrollo de una plataforma de aprendizaje en línea.

INFORMACIÓN SOBRE LA FINANCIACIÓN

Este proyecto está cofinanciado por el Programa Erasmus de la Unión Europea titulado “Trastornos orales potencialmente malignos: capacitación de profesionales sanitarios”; número de proyecto 2020-1-UK01-KA202-078917. El apoyo de la Comisión Europea para la redacción de esta publicación no constituye una aprobación del contenido y este refleja únicamente los puntos de vista de los autores; la Comisión no se hace responsable del uso que pueda hacerse de la información aquí contenida.

TABLA 5. Correlación entre la puntuación del conocimiento individual y el conocimiento y la competencia autoevaluados sobre OPMD



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Cofinanciado por el Programa Erasmus de la Unión Europea. [Corrección del 20 de septiembre de 2022 tras la primera publicación en línea: Logo (Cofinanciado por el Programa Erasmus de la Unión Europea) añadido en esta versión].

CONFLICTO DE INTERESES

Nada que declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos que respaldan los hallazgos de este estudio están disponibles del autor correspondiente a pedido razonable

ORCID

Vlaho Brailo <https://orcid.org/0000-0002-8449-871X>

Ross Keat <https://orcid.org/0000-0002-4559-7352>

Nicolás Lombardi <https://orcid.org/0000-0001-8261-1179>

REFERENCIAS

1. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, et al. Oral potentially malignant disorders: a consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. *Oral Dis.* 2020;27:1862-1880.
2. Villa A, Gohel A. Oral potentially malignant disorders in a large dental population. *J Appl Oral Sci.* 2014;22(6):473-476.
3. Kerr AR, Robinson ME, Meyerowitz C, et al. Cues used by dentists in the early detection of oral cancer and oral potentially malignant lesions: findings from the National Dental Practice-Based Research Network. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2020;130(3):264-272.

4. Abdullah JM. Dental practitioner's knowledge, opinions and methods of management of oral premalignancy and malignancy. *Saudi Dent J.* 2011;23(1):29-36.
5. Gaballah K, Faden A, Fakhri FJ, Alsaadi AY, Noshi NF, Kujan O. Diagnostic accuracy of oral cancer and suspicious malignant mucosal changes among future dentists. *Healthcare.* 2021;9(3):263.
6. Taheri JB, Namazi Z, Azimi S, Mehdipour M, Behrovan R, Far KR. Knowledge of oral precancerous lesions considering years since graduation among dentists in the capital city of Iran: a pathway to early oral cancer diagnosis and referral? *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2018;19(8):2103-2108.
7. Coppola N, Mignogna MD, Riviaccio I, et al. Current knowledge, attitudes, and practice among health care providers in OSCC awareness: Systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(9):4506.
8. Keat RM, Makwana M, Powell HE, Poveda A, Albuquerque R. Assessing confidence in the understanding and management of oral cancer among medical and dental undergraduates at a UK university. *Br Dent J.* 2019;227(2):153-157.
9. Abdullah Jaber M, Diz Dios P, Vázquez García E, Porter SR. Spanish dental students' knowledge of oral malignancy and premalignancy. *Eur J Dent Educ.* 1997;1(4):167-171.
10. Jayasinghe RD, Sherminie LP, Amarasinghe H, Sitheequ MA. Level of awareness of oral cancer and oral potentially malignant disorders among medical and dental undergraduates. *Ceylon Med J.* 2016;61(2):77-79.
11. Macpherson LMD, Mccann MF, Gibson J, Binnie VI, Stephen KW. The role of primary healthcare professionals in oral cancer prevention and detection. *Br Dent J.* 2003;195(5):277-281.
12. Carter LM, Ogden GR. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Med Educ.* 2007;7:44.
13. Tackett S, Slinn K, Marshall T, Gaglani S, Waldman V, Desai R. Medical education videos for the world: An analysis of viewing patterns for a YouTube channel. *Acad Med.* 2018;93(8):1150-1156.
14. Brame CJ, Perez KE. Effective educational videos: principles and guidelines for maximizing student learning from video content. *CBE Life Sci Educ.* 2016;15(4):es6.15. Rapp AK, Healy MG, Charlton ME, Keith J, Rosenbaum M, Kapadia MR. YouTube is the most frequently used educational video source for surgical preparation HHS public access. *J Surg Educ.* 2016;73(6):1072-1076.
15. Hassona Y, Taimeh D, Marahleh A, Scully C. YouTube as a source of information on mouth (oral) cancer. *Oral Dis.* 2016;22(3):202-208.
16. Kovalski LNS, Cardoso FB, D'Avila OP, et al. Is the YouTube™ a useful source of information on oral leukoplakia? *Oral Dis.* 2019;25(8):1897-1905.
17. Kumar M, Nanavati R, Modi T, Dobariya C. Oral cancer: Etiology and risk factors: a review. *J Cancer Res Ther.* 2016;12(2):458-463.
18. Pentenero M, Azzi L, Lodi G, Manfredi M, Varoni E. Chronic mechanical trauma/irritation and oral carcinoma: a systematic review showing low evidence to support an association. *Oral Dis.* 2021. doi:10.1111/odi.14049. Online ahead of print.
19. Das M, Srivastava A, Musareth AV. Epidemiology of oral submucous fibrosis: a review. *Int J Oral Heal Med Res.* 2017;3(6):126-129.
20. Gillenwater AM, Vigneswaran N, Fatani H, Saintigny P, El-Naggar AK. Proliferative verrucous leukoplakia (PVL): a review of an elusive pathologic entity! *Adv Anat Pathol.* 2013;20(6):416-423.
21. Gillenwater AM, Vigneswaran N, Fatani H, Saintigny P, El-Naggar AK. Proliferative verrucous leukoplakia: recognition and differentiation from conventional leukoplakia and mimics. *Head Neck.* 2014;36(11):1662-1668.
22. Aguirre-Urizar JM, Lafuente-Ibáñez de Mendoza I, Warnakulasuriya S. Malignant transformation of oral leukoplakia: Systematic review and meta-analysis of the last 5 years. *Oral Dis.* 2021;27(8):1881-1895.
23. Tayade MC, Latti R. Effectiveness of early clinical exposure in medical education: Settings and scientific theories – Review. *J Educ Health Promot.* 2021;10(1):117.
24. Tayade M, Giri P, Latti R. Effectiveness of early clinical exposure in improving attitude and professional skills of medical students in current Indian medical education set up. *J Fam Med Prim Care.* 2021;10(2):681-685.

Cómo citar este artículo: Brailo V, Freitas MD, Posse JL, et al. Trastornos orales potencialmente malignos: una evaluación de la actitud y el conocimiento sobre la capacitación futura en estudiantes de grado de odontología. *Eur J Dent Educ.* 2022;00:1-11. doi: [10.1111/eje.12849](https://doi.org/10.1111/eje.12849)