



ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de las clasificaciones clínicas usadas en la asistencia estomatológica

Characterization of the clinical classifications applied in dentistry care

Agustín Rodríguez-Soto¹  , Luis Atilano Soto-Cantero¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba.

Recibido: 19 de octubre de 2021

Aceptado: 5 de noviembre de 2021

Publicado: 8 de diciembre de 2021

Citar como: Rodríguez-Soto A, Soto-Cantero LA. Caracterización de las clasificaciones clínicas usadas en la asistencia estomatológica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 25(6): e5314. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5314>

RESUMEN

Introducción: toda clasificación clínica se compone de dos elementos; el diagnóstico de la enfermedad y la escala de clasificación, el primero es una clasificación en sí mismo y a él se puede llegar por distintas vías. A la segunda solo se llega siguiendo los elementos de la clínica.

Objetivo: caracterizar las clasificaciones clínicas usadas en la atención asistencial estomatológica.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo para indagar sobre las características de las clasificaciones clínicas usadas en la atención asistencial estomatológica para lo que se realizó una entrevista semiestructurada a 50 especialistas de las cinco especialidades estomatológicas. Las variables fueron frecuencia, procedencia, validez, motivos y problemas de las clasificaciones clínicas.

Resultados: se encontró que el 94 % usa las clasificaciones con mucha frecuencia, que el 90 % de las clasificaciones provienen de otros países y se desconoce si han sido validadas el 92 % del total, el motivo la que más se usa en el departamento predominó con un 70 % y el problema que más se presentó fue pacientes que pueden ser ubicados en más de una categoría.

Conclusión: las clasificaciones clínicas estomatológicas en la asistencia se caracterizan por una alta frecuencia de su uso, con una gran representación de clasificaciones extranjeras, de las cuales en una gran representación se desconoce si han sido validadas, cuyo motivo principal para escoger con cuál trabajar es el criterio del departamento y de las que reconocen, una gran parte tiene problemas con el diagnóstico o con la escala de clasificación.

Palabras clave: Organización Mundial de la Salud; Salud; Clasificación.

ABSTRACT

Introduction: every clinical classification is composed of two elements; the diagnosis of the disease and the classification scale, the first one is a classification in itself and can be reached by different ways. The second can only be reached by following the clinical elements.

Objective: to characterize the clinical classifications applied in dentistry care.

Methods: a descriptive study was carried out to inquire about the characteristics of the clinical classifications applied in dentistry care, for which a semi-structured interview was conducted with 50 specialists of the 5 dentistry specialties. The variables were frequency, origin, validity, reasons and problems of clinical classifications.

Results: it was found that 94 % use the classifications very frequently, that 90 % of the classifications come from other countries and 92 % of the total is not known if these have been validated, the most used reason in the department predominated with 70 % and the problem most frequently presented was patients who can be placed in more than one category.

Conclusion: clinical dentistry classifications in the assistance are characterized by a high frequency of use, with a large representation of foreign classifications, of which in a large representation it is not known if they have been validated, whose main reason for choosing which one to work with is the criteria of the department and of those that are recognized, a large part have problems with the diagnosis or with the classification scale.

Keywords: World Health Organization; Health; Classification.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible".⁽¹⁾

Partiendo de dicha definición, se han extraído dos elementos, interrelacionados entre sí, pudiendo estar presentes uno o ambos en el proceso de enfermedad. Por un lado, según la Real Academia Española⁽²⁾ el Signo, el cual representa el "Indicio, señal de algo", siendo este medible y valorable; por otro, encontramos el Síntoma, el cual se entiende como la "Manifestación reveladora de una enfermedad", siendo algo subjetivo de la propia persona.⁽³⁾

Una clasificación de enfermedades puede definirse como un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos; es una organización de conceptos (portadores de significado) y clases (grupos o conjuntos de cosas similares) vinculados para expresar las relaciones semánticas entre ellos; comprende un conjunto de conceptos vinculados entre sí por relaciones semánticas y ofrece una estructura para organizar información destinada a utilizarse con muchos fines, como estadísticas, estudios descriptivos e investigaciones evaluativas.⁽³⁾ En el caso específico de las clasificaciones clínicas los criterios son parámetros clínicos y se les añaden fines diagnósticos, terapéuticos y predictivos.

Las clasificaciones no son ontologías, ni están destinadas a serlo. En su forma más simple, una clasificación es un conjunto de categorías destinadas a agregar una gran cantidad de cosas en un número relativamente menor de grupos. Al igual que las ontologías, una clasificación puede invocar una jerarquía ordenada de categorías, invocando subtipos de categoría cada vez más específicos con cada capa de la jerarquía.⁽⁴⁾

Un principio general para todos los sistemas de clasificación de entidades nosológicas es su condicionamiento por el nivel de información disponible en la época en que se elaboran. La evolución de la información en este campo ha conducido a la publicación de múltiples clasificaciones sucesivas a cargo de investigadores individuales o de consensos de expertos que representan la posición oficial de organizaciones médicas regionales o globales para todas las enfermedades.⁽⁵⁾

Un objetivo de las ciencias médicas de precisión es estratificar pacientes para refinar el diagnóstico y el tratamiento médico haciendo uso de las cantidades crecientes de información clínica que se pone a disposición con estrategias de clasificación que permite combinaciones específicas de terapia para subgrupos de pacientes afectados de enfermedades.⁽⁶⁾

El proceso de búsqueda de escalas y de clasificación de un proceso nosológico o la adaptación de estas a un contexto que no es el medio ni el idioma de donde se originan, puede tomar mucho tiempo y no siempre se logra lo que se desea en cuanto a calidad. Idealmente, se deben utilizar instrumentos de los cuales se sepa que miden lo que pretenden medir y que son estables en el tiempo de aplicación; es decir que obtienen la misma información en intervalos diferentes.⁽⁷⁾

Toda clasificación clínica se compone de dos elementos; el diagnóstico de la enfermedad y la escala de clasificación, el primero es una clasificación en sí mismo y a él se puede llegar por distintas vías, a la segunda solo se llega siguiendo los elementos de la clínica.⁽⁸⁾

En las últimas décadas comienzan a aparecer en la literatura artículos^(9,10,11) que critican clasificaciones y otros que hacen propuestas de nuevas clasificaciones clínicas estomatológicas con sus respectivas validaciones.⁽¹²⁾

Son determinantes las sucesivas clasificaciones clínicas que surgen por la necesidad de ordenar en clases los signos y síntomas, agrupándolos en elementos relacionados armónicamente entre sí, configurando un sistema. Esta labor es propia de la ciencia, que ordena sistemáticamente e incorpora las nuevas construcciones teóricas, modificando el sistema previo.⁽¹³⁾

Las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares aparecen dentro de las Enfermedades Digestivas en la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de la Salud (CIE) desde la 6ta versión. La primera versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a Odontología y Estomatología (CIE-OE),⁽¹⁴⁾ se publicó en inglés en 1969 y está destinada a proveer bases prácticas y convenientes para clasificar y codificar los datos por parte de todos aquellos que trabajan en el campo de los trastornos bucales y dentarios.

En la práctica clínica todo paciente debe ser diagnosticado y clasificado siguiendo el tipo de clasificación vigente de mayor calidad, puesto que de ello depende el tratamiento y pronóstico evolutivo; es por ello que el objetivo de este estudio es caracterizar las clasificaciones clínicas usadas en la atención asistencial estomatológica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo donde se aplicó una entrevista semiestructurada a 50 especialistas, los que se seleccionaron de forma no aleatoria considerando que tuvieran más de 15 años en la asistencia. Se seleccionaron 10 por cada especialidad estomatológica a los que se les pidió consentimiento informado para su participación en el estudio y previa explicación de los objetivos y su aprobación; luego de acordar el lugar con las condiciones y el momento adecuados para cada caso se les aplicó una entrevista con la finalidad de obtener información sobre el uso de las clasificaciones clínicas y los problemas que se presentan. Para ello se confeccionó una guía según la información de interés y las variables del estudio que sirvió para reorientar las conversaciones en los casos que lo ameritaba.

La duración de las entrevistas osciló entre 20 y 30 minutos cada una, en todo momento el participante pudo elegir si continuaba o no con la misma y todas fueron hechas por el autor y fueron grabadas y almacenadas en dispositivo informático.

Se incluyeron preguntas en las que se consideraron las siguientes variables:

- Uso frecuente de clasificaciones clínicas
Poco
Mucho
Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Procedencia
Nacional
Extranjera
Variable cualitativa nominal dicotómica.
Se consideró al menos una clasificación nacional para esta categoría.
- Validez de las clasificaciones que usa.
Sí
No
Variable cualitativa nominal politómica.
Se consideró el conocimiento de al menos una clasificación para la categoría del sí.
- Motivo para usar una clasificación.
Variable cualitativa nominal politómica.
Se consideró según la respuesta teniendo en cuenta que es una pregunta abierta.
- Problemas de las clasificaciones que conoce.
Variable cualitativa nominal politómica.
Se consideró según la respuesta teniendo en cuenta que es una pregunta abierta.

La información se recogió en una hoja de cálculo Excel del programa Microsoft Office 2016; se utilizó además el paquete estadístico SPSS Statistics v21.0, para Windows donde se realizaron los cálculos correspondientes a la estadística descriptiva como proporción, porcentaje la razón. Los resultados se presentaron mediante texto y tablas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Entre las variables que se recogen en la entrevista aparece la frecuencia con que se usan las clasificaciones clínicas en la atención estomatológica en la labor asistencial por parte de los profesionales entrevistados, donde aparece que el 94 % responde usarlas con mucha frecuencia, lo que resulta una medida de razón que supera 15 veces a los que lo usan con poca. (tabla 1)

Tabla 1. Respuesta de los entrevistados al uso de las clasificaciones clínicas según su frecuencia.

Frecuencia	No.	Porcentaje
Poca	3	6,0
Mucha	47	94,0
Total	50	100,0

La procedencia de las clasificaciones se observa en la Tabla 2, donde resalta el alto número de clasificaciones extranjeras con un 90 % aun cuando se indagó al menos el uso de una de las nacionales para registrarlos en esa categoría.

Tabla 2. Respuesta de los entrevistados al uso de las clasificaciones clínicas según su procedencia.

Procedencia	No.	Porcentaje
Nacional	5	10,0
Extranjeras	45	90,0
Total	50	100,0

El conocimiento que tienen los especialistas entrevistados de si las clasificaciones que usan han sido validadas, destacando que solo cuatro de ellos respondieron tener conocimiento de que, al menos una de las calificaciones clínicas que usan en su labor asistencial había sido validada, lo que representa apenas un 8 % del total de profesionales entrevistados en el estudio, mientras que los que desconocen si las clasificaciones fueron validadas sobrepasa el 90 %. (Tabla 3)

Tabla 3. Respuesta sobre conocimiento si las clasificaciones han sido validadas

Validez	No.	%
Si	4	8,0
No	46	92,0
Total	50	100,0

Las respuestas de qué motiva a los entrevistados para elegir una clasificación clínica a la hora de clasificar al paciente se mencionan cinco motivos que se tienen en cuenta para la elección, entre los cuales predomina que la clasificación la que más se usa en su departamento de trabajo con un 70 % de los entrevistados, seguido del motivo de la facilidad de la clasificación con un 56 %. Llama la atención que el motivo actualidad solo fue referido por cuatro de los entrevistados y que ninguno hizo referencia a la validez o calidad como motivo para la elección. (Tabla 4)

Tabla 4. Respuesta sobre el motivo para elegir las clasificaciones en la actividad asistencial

Motivo	No.	%
Las más completa	8	16
Las más usadas en el departamento	35	70
Las más fáciles	28	56
La más actualizadas	4	8
Las aprendidas en la especialidad	12	24

Las respuestas a los problemas que presentan las clasificaciones clínicas que usan en la práctica estomatológica los especialistas, la mayor frecuencia en los pacientes que pueden ser ubicados en más de una categoría con un 36 %, seguido por las clasificaciones que no se usan con un 30 % de los encuestados; llama la atención que tres de los siete problemas señalados aparecen con una misma frecuencia, en orden de aparición; diagnóstico incompleto, con definición incorrecta y categorías que no expresan claramente los conceptos señalados por el 14 % de los especialistas entrevistados.

Los dos problemas menos señalados también aparecen con igual frecuencia 8 % y se corresponden con los pacientes que no se pueden clasificar estando enfermos y con los pacientes que evolucionan y después no pueden ser clasificados por la escala de la clasificación clínica en la cual estuvieron ubicados. (Tabla 5)

Tabla 5. Respuestas a los problemas que presentan las clasificaciones clínicas que usan en la práctica estomatológica

Problema	No.	%
Pacientes que pueden ser ubicados en más de una categoría	18	36,0
Clasificaciones que no se usan	15	30,0
Diagnóstico incompleto	7	14,0
Definición incorrecta de la enfermedad	7	14,0
Categorías que no expresan claramente los conceptos	7	14,0
Pacientes que no se pueden clasificar estando enfermo	4	8,0
Pacientes que evolucionan y después no pueden ser clasificados por la escala	4	8

DISCUSIÓN

En el estudio se evidencia que en mayor o menor grado todos los profesionales de la estomatología en la labor asistencial no pueden prescindir de las clasificaciones clínicas para la atención del paciente.

Existe razonable justificación de la necesidad de agrupar "objetos" con características similares para distinguir las entidades complejas de las simples; la estomatología dispone de distintos sistemas de clasificaciones que permiten entender, comparar, ordenar y jerarquizar las enfermedades que afectan al sistema estomatognático.⁽¹⁵⁾

Los tratamientos estomatológicos de rutina, como obturaciones, endodoncias o cirugía bucal, entre otras, son seleccionados con base a la severidad, riesgos, características anatómicas y condiciones propias del paciente. En estos escenarios clínicos es fundamental clasificar la entidad patológica de forma correcta con el fin de disminuir o prevenir posibles complicaciones, así como seleccionar el tratamiento adecuado para cada paciente.⁽¹⁵⁾

En el hecho de las clasificaciones extranjeras se dice que toda clasificación que sea importada de cualquier otra región o país presupone una transculturación y debe ser estandarizada por sugerencia de la OMS además de permitir realizar estudios comparativos y ser aplicables para todo el mundo, por ello se han desarrollado métodos de traducción, adaptación y evaluación siempre incluyendo las características culturales propias de cada región en la que se realice, incluyendo su propio idioma para conseguir la confiabilidad y validez de la original.⁽¹⁶⁾

En este paso se van a desechar discrepancias y ambigüedades en los términos y categorías que conforman la clasificación, para que los mismos sean claros para la nueva cultura e incluso si el original esta en el mismo idioma de la población diana debido a la diversidad lingüística de cada región. Los siguientes pasos son la validez y la confiabilidad las cuales otorgan relevancia de tipo objetiva y técnica, para obtener una clasificación bien calibrada y confiable lo que a su vez respeta las propiedades de la misma.⁽¹⁷⁾

La validez de una clasificación clínica indica el grado de exactitud con que se agrupa en categorías de una escala la enfermedad o problema de salud que pretende clasificar y si se puede utilizar con el fin previsto. Es decir, una clasificación es válida si "clasifica lo que dice clasificar". Es la cualidad más importante de un instrumento de clasificación. Una clasificación puede ser fiable pero no válido; pero si es válido ha de ser también fiable.

Además de los entornos clínicos habituales, la correcta clasificación es vital para la investigación clínica, por tanto, el trabajo con clasificaciones clínicas cobra vital importancia por cuanto permite el común acuerdo entre profesionales, evita que se dificulte y entorpezca el quehacer clínico, además de las consecuencias negativas en el paciente atendido. Rivera Herrera y col.,⁽¹¹⁾ refieren que una clasificación determina la respuesta o reacción ante un objeto o grupo de objetos cuyos límites están claramente definidos.

Los objetivos principales de clasificar son los siguientes:⁽¹⁸⁾

- Otorgar un idioma común entre profesionales
- Permite ubicar una enfermedad o alteración, otorgándole un nombre
- Para comparar tratamientos
- Para diagnosticar una enfermedad o alteración
- Para poder brindar un buen tratamiento.

Sin embargo, cualquiera de los motivos expuestos puede presentar dificultades si la clasificación en sí misma no cumple con determinados requisitos de calidad, la literatura recoge ejemplos de clasificaciones clínicas que el motivo de su uso conduce a desenlaces no deseados, así Magariño Abreus y col.,⁽¹⁸⁾ plantea que está vigente la clasificación de lesiones traumáticas dentales del noruego Ingeborg Jacobsen por ser la más sencilla y didáctica, sin embargo no permite clasificar y por tanto, diagnosticar un conjunto de entidades erróneamente consideradas como signos aislados de entidades patológicas sí reconocidas por la comunidad científica como el síndrome de diente fisurado.

Bastarrechea Milán y col.,⁽¹²⁾ refieren que el sistema de clasificación "American Society of Anesthesiologists" podría ser fácil de usar cuando el paciente asiste a la consulta con un solo problema médico. Sin embargo, con una historia médica de múltiples condicionantes sistémicas y la determinación de su clasificación dentro del sistema se hace más difícil, plantea que existen inconsistencias al llevar a cabo esta clasificación, basadas en el hecho de que carece de especificidad y conduce a una interpretación clínica inespecífica.

En la clasificación de enfermedades periodontales, internacionalmente aceptada la periodontitis se subdivide en: periodontitis crónica, periodontitis agresiva, periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica, enfermedades periodontales necrosantes y abscesos periodontales. Aunque esta estructura clasificatoria fue utilizada ampliamente tanto en la práctica clínica como en el campo de la investigación durante aproximadamente 20 años, carece de una distinción clara con base patobiológica entre las categorías descritas, lo que llevó a dificultades para establecer un diagnóstico claro y, por tanto, para una puesta en práctica específica de las medidas preventivas y terapéuticas en estas entidades clínicas específicas.⁽¹⁹⁾

De forma similar, los estudios clínicos prospectivos que han evaluado la progresión de la enfermedad en los diferentes grupos de edad y en diferentes poblaciones no fueron capaces de identificar patrones de enfermedad específicos; el impacto de los factores de riesgo ambientales y sistémicos tampoco altera de forma significativa la expresión de la periodontitis.⁽¹⁹⁾

Bastarrechea Milán y col.,⁽¹²⁾ refieren que los conceptos de pacientes con deficiencias, discapacidades o con minusvalía pudieran superponerse y crear dificultades para identificarlos.

La identificación de los problemas por parte de los entrevistados registra una baja frecuencia por cuanto la mayoría de estos problemas se pueden encontrar en muchas de las clasificaciones más usadas; como la de Angle que es utilizada por todas las especialidades en la asistencia estomatológica, según Tovar Calderón⁽²⁰⁾ al señalar las desventajas de esta clasificación plantea:

- Ignora la relación de los dientes con la cara.
- La maloclusión es un problema tridimensional y Angle solo consideró la dimensión sagital.
- La posición del primer molar maxilar permanente no es estable como lo estableció Angle.
- La malfunción muscular y el crecimiento óseo fue pasado por alto y representa un factor de influencia en la posición molar.
- La clasificación no es aplicable si existe pérdida del primer molar mandibular.
- No se puede aplicar en dentición decidua.
- Cuando existe migración del primer molar, la clasificación no es factible.
- Se desconoce la etiología de la maloclusión.
- No se consideran los problemas esqueléticos.
- No es posible diferenciar; entre maloclusión dentoalveolar y esquelética.

- Solamente considera la oclusión estática.

A modo de Conclusión las clasificaciones clínicas estomatológicas en la asistencia se caracterizan por una alta frecuencia de su uso, con una gran representación de clasificaciones extranjeras, de las cuales en una gran representación se desconoce si han sido validadas, cuyo motivo principal para escoger con cual trabajar es el criterio del departamento y de las que reconocen una gran parte tiene problemas con el diagnóstico o con la escala de clasificación.

Conflicto de intereses

EL autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución del autor

ARS: Dirección del proceso investigativo, búsqueda bibliográfica, recogida de datos, análisis estadístico, escritura del artículo y revisión más aprobación de la versión final.

LASC: Revisión y aprobación de la versión final.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en: www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/rt/suppFiles/5314

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrero Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. [Internet]. 2016 Ago [citado 130/01/2020]; 10(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es
2. Real Academia Española. 2016. [citado 4/02/2020]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
3. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009 [Internet]. Ginebra. OMS. 2009 [citado 4/02/2020]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
4. Estigarribia Passaro J. Clasificación de las miocardiopatías. Un objetivo, muchas propuestas. Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2019 Abr [citado 24/06/2021]; 34(1): 245-283. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202019000100245&lng=es
5. Rodríguez Perón JM. Medicina de precisión y medicina basada en la evidencia. RevCubMed Mil [Internet]. 2019 Dic [citado 24/06/2021]; 48(4): e321. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572019000400018&lng=es

6. Castaldi PJ, Benet M, Petersen H, Rafaels N, Finigan J, Paoletti M, et al. Do COPD SUBTYPES REALLY EXIST? Assessment of COPD heterogeneity and clustering Reproducibility in 17,154 independents Across Ten Independent Cohorts. *Thorax* [Internet]. 2017 [citado 21/07/2021]; 72(11): 998-1006. Disponible en: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6013053&blobtype=pdf>
7. Rodríguez Soto A, Morales Navarro D. Criterios para validar clasificaciones clínicas. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2021 [citado 24/06/2021]; 58(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3181>
8. Gordon Zamora EJ, Aucay Vásquez MC, Alcívar Chacha F. Rheumatic polymyalgia. A review o fdiagnostic criteria. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2017 Abr [citado 16/03/2020]; 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000100003&lng=es.
9. Chandrasekar R, Chandrasekhar S, Sundari KKS, Ravi P. Development and validation of a formula for objective assessment of cervical vertebral bone age. *Prog Orthod* [Internet]. 2020 [citado 16/05/2021]; 21(38): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s40510-020-00338-0.pdf>
10. Tasama CE, Jiménez M, Ballesteros AM, Jurado CM, Burbano VA, Tamayo JA, et al. Validez y predicción de la fluorescencia láser en la detección de caries. *Journal Odont Col* [Internet]. 2018 [citado 12/05/2020]; 11(21):39-49. Disponible en: <https://revistas.unicoc.edu.co/index.php/joc/article/view/375/322>
11. Rivera Herrera RS, Esparza Villalpando V, Bermeo Escalona JR, Martínez Rider R, Pozos Guillén A. Análisis de concordancia de tres clasificaciones de terceros molares mandibulares retenidos. *Gac. Méd. Méx* [Internet]. 2020 Feb [citado 12/08/2021]; 156(1): 22-26. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000100022&lng=es
12. Bastarrechea Milián Md, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Barciela González Longoria MC. Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2021 [citado 26/08/2021]; 58(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3658>
13. Bores AM, Bores IA. Consideraciones sobre la historia de la clasificación de las enfermedades dermatológicas. *Rev de la Asociación Médica Argentina*[Internet]. 2015[citado 10/08/2019]; 128(1): 26-29. Disponible en: http://neumo-argentina.org/images/revistas/revista_ama_n1_2015.pdf#page=28
14. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Manual de instrucciones. Décima Revisión. 2018 [citado 10/04/2020]; 2: 282. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2019/06/CIE-10_2018_DefVOL2_compressed.pdf
15. Mollo Chumacero N, Uzqueda Vargas J. Maloclusiones de clase I, II, III con sus biotipos fáciles basados a las historias clínicas de la materia de ortodoncia, datos parciales. *Odontología Actual* [Internet]. 2018 Jun [citado 05/082021]; 3(4): 17-26. Disponible en: <http://dicyt.uajms.edu.bo/revistas/index.php/odontologia/article/view/81/58>

16. Cabrera Arias MA, Narváez Aldaz JE. Traducción, adaptación transcultural y validación de la escala de salud oral para niños (SOHO-5) en la Unidad Educativa Santa María de los Ángeles [Internet]. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador. 2017 [citado 03/09/2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/12504>
17. Chumpitazi Huapaya AF. Nivel de conocimiento sobre maloclusión dental por los padres de familia y la cooperación en el tratamiento de Ortodoncia en niños de 6 a 13 años de edad atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. [tesis de maestría en Internet]. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2018 [citado 03/09/2021]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3565?show=full>
18. Magariño Abreus L del R, Roque Batista T, de León Ramírez LL, López González E. Síndrome del Diente Fisurado: una actualización imprescindible. Anatomía Digital [Internet]. 2021 [citado 03/09/2021]; 4(3): 87-101. Disponible en: <https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/article/view/1758>
19. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, Sanz M. La nueva clasificación de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias. Periodoncia Clínica [Internet]. 2018 [citado 08/07/2021]; 4(11): 94-110. Disponible en: http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf
20. Tovar Calderón MM. Clase II subdivisión, análisis por medio de CBCT. [tesis doctoral en Internet]. Sevilla, España: Universidad de Sevilla; 2020 [citado 02/07/2021]. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/102385/Tovar%20Calder%C3%B3n%2c%20Marcela%20Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>