



11202
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

9

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL
"LA RAZA"

VARIABILIDAD ENTRE ANESTESIOLOGOS EN LA
CLASIFICACION DEL ESTADO FISICO SEGUN LA
SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA EN LOS
HOSPITALES DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA
"DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ" DEL IMSS

281119

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ANESTESIOLOGO

PRESENTA:

DRA. MARIA ALEJANDRA AVELAR GARCIA



MEXICO, D. F.

FEBRERO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

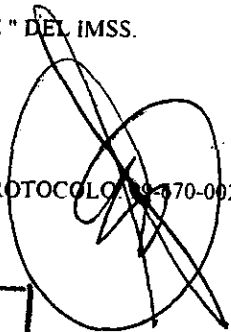
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

VARIABILIDAD ENTRE ANESTESIOLOGOS EN LA CLASIFICACION DEL ESTADO
FISICO SEGÚN LA SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA EN LOS
HOSPITALES DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA "DR. VICTORIO DE LA FUENTE
NARVAEZ " DEL IMSS.



NO. DE REGISTRO PROTOCOLO 9470-0029.



hospital de especialidades

**DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA**

RENAS OSUNA.

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA.

DR. JUAN JOSE DOSTA HERRERA.

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION.

DRA. MARIA ALEJANDRA AVELAR GARCIA.

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS :

Por haberme permitido terminar esta etapa más de profesión.

A MIS PADRES Y HERMANO :

Por su apoyo durante mi formación como medico anestesiólogo.

A MI ESPOSO GABRIEL:

Por su paciencia , comprensión y ayuda económica , para poder concluir
Mi formación como especialista.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:

haber *Por su amistad desinteresada y por compartir nuestros mismos ideales y*
Terminado.

A MIS MAESTROS :

Por habernos transmitidos sus conocimientos y experiencias.

RESUMEN:

VARIABILIDAD ENTRE ANESTESIOLOGOS EN LA CLASIFICACION DEL ESTADO FISICO SEGÚN LA SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA EN LOS HOSPITALES "DR.VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ " ;Avelar-García M.A. Vázquez-Torres J. Dosta -Herrera J. Ortega-Torres A . Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".México .D.F.

OBJETIVO. Demostrar la variabilidad entre anestesiólogos en la clasificación del estado físico según la A.S.A.

MATERIAL Y METODOS. Se realizó un estudio descriptivo ,observacional , transversal a los anestesiólogos que laboran en los hospitales de Ortopedia y Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez " del IMSS , las cuales incluyen datos generales y particulares de cada participante , así como diez casos clínicos hipotéticos a los cuales le asignaron su estado físico .Se realizó el análisis estadístico mediante el programa de computación epi-info considerando una $p < 0.05$ estadísticamente significativo y prueba de Kappa para valorar la variabilidad entre anestesiólogos .

RESULTADOS. Unicamente 56 anestesiólogos (81%) cumplieron con los criterios de inclusión , se encontró que existe variabilidad para todos los casos . En dos casos le asignaron 2 estados físico diferentes , en los 6 restantes 3 ,4 y hasta 5 estados físicos diferentes.

CONCLUSIONES: Los estados físicos según el asa son el resultado de una valoración fácil de realizar perioperatoriamente , pero requiere de una revisión completa para contar con parámetros más completos y poder evaluar con mayor precisión el estado físico y apoyadas con otras valoraciones para otorgar un Riesgo Anestésico Quirúrgico para cada paciente.

ANESTHESIOLOGISTS VARIABILITY IN ASA PHYSICAL STATE IN HOSPITALS

"DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ".

OBJETIVE: To prove the variability between anesthesiologists in the ASA Physical State.

MATERIAL AND METHODS: We made a descriptive, observational, cross study in the anesthesiologists workers at Orthopedics and Traumatology Hospitals "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez" of IMSS with general and particular data of each one, and the data of their statistical analysis by Epi – Info software with statistical meaningful at $p < 0.05$ and Kappa test to anesthesiologists variability valuation.

RESULTS: Only 56 anesthesiologists met the inclusion criteria, we found variability in all cases. In two cases there were two different physical states assigned, in the other 6 there were assigned 3 and 4 states.

CONCLUSIONS: ASA Physical states are result of an easy preoperative valuation, but it is needed a complete review to have more complete parameters and value the physical state with more precision and supported with other valuations they give an anesthetic – surgical risk for each patient.

VARIABILIDAD ENTRE ANESTESIOLOGOS EN LA CLASIFICACION DEL ESTADO FISICO SEGÚN LA SOCIEDAD MEXICANA DE ANESTESIOLOGIA EN LOS HOSPITALES DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA "DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ " DEL IMSS.

- * DRA. AVELAR GARCIA MARIA ALEJANDRA
- ** DR. JAIME VAZQUEZ TORRES
- *** DR. JUAN JOSE DOSTA HERRERA
- **** DR. ALFREDO ORTEGA TORRES.

La Clasificación del Estado Físico de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) ha sido empleado por más de 30 años para evaluar a los programados para cirugía el cual evalúa su estado general de salud (1).

*MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO.

** ANESTESIOLOGO ADSCRITO AL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA " DR.VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ

*** DR. TITULAR DEL CURSO DE ANESTESIOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA.

**** JEFE DE SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA " DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ"

Los anestesiólogos han trabajado durante muchos años para desarrollar un método que permita clasificar a los sujetos según su estado físico preoperatorio. El riesgo operatorio global también dependera de la habilidad del cirujano, pero este índice de clasificación queda limitado a definir el estado físico del paciente previo a la cirugía. La pauta original desarrollada a instancia de el asa incluía 6 categorías y fue revisada por Dripps, corrigiéndola a su forma actual de 5 grupos. Aunque actualmente se mantiene de 6 estados físicos , ya que este último se considera al paciente donador de organos. La clasificación del paciente varía según el anestesiólogo que la realice(1). Owen, encontró que un grupo total de 235 anestesiólogos a los que se les presentaron para evaluar 10 casos hipotéticos en un cuestionario, sólo hubo unanimidad en seis de dichos casos(2). Puede interpretarse estos resultados como de poco inconsistente o bien todo lo contrario. Keats (3) señaló que nunca se intentó que el estado físico fueses un índice multifuncional de riesgo, ni un factor predictivo del resultado anestésico. Aunque en 1940 se realizó uno de los primeros intentos para unificar el criterio y para esto la Sociedad Americana de Anestesiología ASA estableció un comité que se encargara de desarrollar un sistema o escala para determinar el estado físico equiparable a "riesgo quirúrgico"(11). Este sistema de clasificación ha facilitado la comunicación y en su esencia no han sido alterado durante casi 50 años.(14)

Como el estado físico es asignado de forma preoperatoria su correlación con el pronóstico y/o su posible valor predictivo han sido estudiados por muchos investigadores. Dentro de la valoración del ASA no comprende los métodos de puntuación traumatológica que son fundamentales para cualquier sistema de cuidados de los pacientes traumatizados. Ya que diversos autores han supuesto que el riesgo anestésico equivale a la mortalidad perioperatoria.

En la revisión llevada a cabo por Goldstein y Keats (4) en 1970 de la mortalidad atribuible total o parcialmente a la anestesia, el 41% de muertes ocurrían en sujetos ASA I o II. Estos datos representan los hallazgos combinados de 6 grandes estudios sobre el

riesgo anestésico.(4) Como dichos sujetos estaban sanos o sufrían una patología sistémica leve, Goldstein y Keats concluyo para predecir la mortalidad anestésica. Una explicación alternativa podría ser que el riesgo de la anestesia y cirugía eran mayores que el riesgo de la propia enfermedad del paciente. Además, si algunas "muertes anestésicas" se deben sobre todo en parte a errores o dificultades técnicas, entonces la escala de ASA del estado preoperatorio puede no definir correctamente el riesgo. (3)

Realmente la escasa pero definida proporción de pacientes ASA I o II que han sufrido paro cardiaco u otra complicación durante la anestesia podría muy bien representar la proporción de casos en los que errores o descuidos jugaron un papel destacado en el resultado de la anestesia.Cuando la clasificación ASA se ha aplicado a la mortalidad operativa total, se correlaciona con el pronóstico.

En un estudio realizado recientemente sobre la variación de la clasificación de estado físico según ASA. Ranta y colaboradores encontraron que existen variaciones en poblaciones culturalmente homogéneas.(4) Se han relaciona muchos estudios en los cuales se han correlaciona la clasificación del estado Físico de ASA con la mortalidad y morbilidad atribuidas a la anestesia y la cirugía (5,6,7).

Otro estudio realizado por Haynes en la Gran Bretaña en 1955 revela que existe inconsistencia en poblaciones grandes y heterogeneas ,debido a la actualización (8). Sin embargo, la clasificación del estado físico tiene un pobre valor predictivo y no debe utilizarse para realizar tratamientos y tomar decisiones(9).

Por lo que en este estudio nos planteamos el objetivo de demostrar el grado de diferencia entre anesthesiólogos en la clasificación del estado físico según la Sociedad Mexicana de Anestesiología en los distintos Hospitales de Ortopedia y Traumatología "D r. Victorio de la Fuente Narváez ".

MATERIAL Y METODOS.

Previa autorización del Comité Local de Investigación y Ética del Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez" realizamos un estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo en el cual se aplicaron a 70 anesthesiólogos encuestas, la cual ésta constituida por 3 cuestionarios, incluimos a todos los anesthesiólogos de ambos sexos que laboren en los hospitales de Traumatología y Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez" del IMSS que deseaban colaborar con el estudio. No se incluyeron médicos de otras especialidades, ni a quienes no desearon colaborar con nuestro estudio. Se excluyeron a todos los médicos anesthesiólogos que no entregaran la encuesta o que la entregaran en forma incompleta, a quienes se encontraban en vacaciones, incapacidad, o de curso o en comisión u otras situaciones por la cual no se encontraran en el momento de realizar nuestra encuesta.

Los cuestionarios contaban con tres partes; uno que contiene información general como edad, sexo, universidad de procedencia y estudios de postgrado además de la especialidad de anesthesiología.

La segunda parte del cuestionario contiene información personal como: si es miembro de la Sociedad Mexicana de Anesthesiología y por el Comité Mexicano de Anesthesiología el cual es el encargado de certificar a los anesthesiólogos en nuestro país, también se les preguntó si utilizan de manera rutinaria la clasificación del Estado Físico según la Sociedad Americana de Anesthesiología (A.S.A.), y si había alguna publicación previa parecida a la encuesta que se les realizo, la ultima parte de nuestro cuestionario contenia 10 casos clínicos hipotéticos previa validación por el personal académico del hospital

para que se les asignara el Estado Físico según su criterio (ver anexos), con la finalidad de demostrar que existe variación en la clasificación del estado físico según el A.S.A.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa de computación epi-info considerando una p menor de 0.05 como estadísticamente significativa y aplicando prueba de Kappa entre médicos siguiendo los lineamientos de Landis y Koch de acuerdo al valor de Kappa obtenido y el tipo de acuerdo :

Se considero K menor ó 0 con interpretación de ninguno, K 0.00-0.20 con interpretación de mínimo, K 0.21- 0.40 valor de regular , K 0.41 -0.60 como bueno, K 0.61 -0.80 con interpretación de excelente , y por último una K 0.81 - 1.00 casi como perfecto .

RESULTADOS.

Se encuestaron 70 anestesiólogos de los cuales sólo 56 (81%) anestesiólogos se excluyeron a 14 (19%) de anestesiólogos que por alguna razón no la entregaran o estuviese incompleta, no hubo diferencia significativa en cuanto a sexo, edad, universidad de procedencia, los 56 (100%) tienen categoría de médicos de base. De los encuestados 26 son hombres (46.4%) y 30 son mujeres (56.6%). Con respecto a la Universidad de Procedencia, la mayoría realizó sus estudios en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) siendo el 62.5% (35) y únicamente 9 (16.07%) son egresados del Instituto Politécnico Nacional y el resto 12 (21.39%) en otras universidades. En su totalidad el 100% cuenta con la especialidad. La edad osciló entre los 28 y 60 años, teniendo un promedio de 42.2 ± 6.5 años (cuadro 1).

Los 56 encuestados (89.2%) que corresponden a 50 anestesiólogos respondieron que aplican de forma rutinaria la valoración del estado físico según el ASA en todos sus pacientes, el resto sólo la utilizan en algunos casos el (10.8%) que corresponden a 16 anestesiólogos. De los 56 médicos de base 25 (44.6%) pertenecen a la sociedad Mexicana de Anestesiología (SMA) al igual que al Consejo Mexicano de Anestesiología (CMA). EL 3.5% (2) cuentan con maestría, 10 (17.8%) cuentan con diplomado y únicamente el 3.5% (2) tienen un doctorado, entre los que se destacan administración, formación de profesores, anestesia pediátrica y gineco-obstetricia así como clínica del dolor, (cuadro 2).

Con respecto a los casos clínicos, existió variabilidad en todos ellos. En los casos 4, 7 y 8 fueron valorados en su mayoría con dos estados físicos diferentes. En los casos 1, 2, 4, y 5 se otorgaron 4 estados físicos diferentes, así como en los casos 6, 8 y 9 a los que

se les asignaron 3 diferentes estados físicos, en los casos 3 y 7 sólo se otorgaron 2 estados físicos y únicamente en el caso 10 hubo una gran discrepancia ya que se otorgaron hasta los 5 diferentes estados físicos (cuadro 3). Los casos 3, 4 y 7 se otorgó una interpretación de mínimo. así como a los casos 1,2,5,6,8 y 9 con un valor de regular y solamente el caso 10 tuvo una interpretación de buena en los calores de Kappa (cuadro 4).

DISCUSION

Las practicas anestésicas proceden de tiempos remotos , pero la evolución de la especialidad se inició sólo a mediados del siglo XIX , y nos estableció con firmeza sino hasta apenas 50 años. La practica de la anestesia ha cambiado de modo espectacular desde que Jonh Snow adoptó la especialidad. La primera organización de anestesiología en Estados Unidos fue la American Society of Anesthesiologists (antes Long Island Society of Anesthetists),creada en 1905 por el doctor A Frederick Erdmann y ocho colegas médicos provenientes de la zona urbana de Nueva York . La Sociedad Americana de Anestesiología realizó la clasificación del estado fisico , la cual se ha utilizado por más de 30 años , aunque previamente desde 1975 , se han observado las causas de muertes asociadas a la anestesia , motivó por el cual se crea en Gran Bretaña un comité encargado de investigar las muertes asociadas a los anestésicos empleados en esa epoca principalmente el eter y el cloroformo . En la actualidad la actualidad la clasificación del estado fisico de el asa ha sido empleados por casi todos los anestesiólogos de todo el mundo como parte de la evaluacion preoperatoria de sus pacientes para asignarles un riesgo anestésico-quirúrgico y no sólo como una relacion entre morbi-mortalidad como se empleó al inicio de su creación (4). Se han publicado varios trabajos de los Estados Fisicos según la A.S.A. , desde la realizada por Owens(2) hasta la más reciente publicada por Ranta y Colbs. (5) en los cuales se observan factores que causan variabilidad en la clasificación de estos Estados Fisicos según la asa, entre ellos estan : la edad , en los que destacan principalmente los

estremos de la vida es un motivo suficiente para que se evalúe en forma mayor, lo cual se atribuye a las condiciones fisiológicas que tienen estos pacientes con la consecuente respuesta al momento de realizar algún procedimiento anestésico. En nuestro estudio encontramos que el caso 7 se valoró con un ASA mayor por el factor encuestación.

Otros factores que causa variabilidad es el tener una enfermedad sistémica agregada a la quirúrgica la cual de por sí conlleva un riesgo de la primera, teniendo en cuenta el tiempo de evolución ya que un paciente con reciente diagnóstico cuenta menos que tener una evolución mayor de 10 años de la patología agregada, el cual nosotros encontramos que causan discrepancia entre los que se encuentran: la obesidad, anemia, los infartos previos etc.(3) en nuestro estudio encontramos que también pacientes embarazadas y pacientes con estómago lleno son factores importantes. La forma de llevar a cabo un tratamiento regular en pacientes con enfermedad es crónico-degenerativas como lo son los diabéticos e hipertensos tienen mayor incidencia de presentar infartos silenciosos perioperatoriamente en comparación de quienes lo llevan en forma regular (13). En cuanto a la experiencia de anestesiólogo, se ha observado que quienes tienen mayor experiencia califican más alto el ASA en comparación con los que tienen menor experiencia. Esto se atribuye a que los médicos con mayor experiencia consideran a la valoración del Estado Físico como una forma de protección en caso de presentarse un problema médico legal. También el hecho de pertenecer a una Sociedad de Anestesiología o estar Certificado ante un Consejo de Anestesiología hace que se evalúe en forma mayor (5). Nosotros no encontramos estos factores presentes en nuestro estudio. Sin embargo en los casos 4,7 y 8 se encontraron unanimidad entre los médicos de base al igual que en los casos 7 y 8, lo cual refleja que los Hospitales de

Traumatología y Ortopedia son Hospitales que se apegan a la clasificación de el asa. La clasificación del estado físico de el asa se basa en la condición física del paciente ,independientemente de la operación planeada .Es importante reconocer que dicha clasificación no pretende representar una estimulación del riesgo de la anestesia. Más bien , sirve como un "idioma común" entre las diferentes instituciones , para la exploración subsecuente de la morbilidad y mortalidad anestésica . No es de extrañar que el paro cardíaco transoperatorio sea más frecuente en la clasificación de mal estado físico . en particular si es necesaria una cirugía de urgencia .Aunque también no sólo el estado físico es importante para el pronóstico del paciente ,incluyendo de manera determinante para el manejo anestésico quirúrgico con el cual se abordara al paciente (1). Es de importancia también comentar que en la actualidad ya son 6 estados físicos ,incluyendo el del paciente con muerte cerebral ya declarada ,cuyos órganos se están extrayendo con fines de donación(1).

En un estudio previo realizado en el Hospital de Especialidades Centro Medico Raza , en donde se incluyeron a los residentes , se encontró variabilidad entre los diferentes casos clínicos hipotéticos ,principalmente en el caso 4 en donde todos los residentes de primer año valoraron con un estado mayor ASA 2 a diferencia de los médicos de base con lo que se demostró que el Hospital de Especialidades es un hospital escuela y por lo tanto también se apega a la clasificación establecida por el ASA, al realizar la visita preanestésica.

CONCLUSION

La valoración del estado físico según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), es una evaluación sencilla y fácil de aplicar la cual no requiere de exámenes de laboratorio y gabinete sofisticados para realizar , en la mayoría de los casos se requiere de exámenes de laboratorio básicos ,los cuales nos sirven de apoyo para evaluar la morbi-mortalidad sin que sea un índice predilectivo. Sin embargo esta puede variar de acuerdo al criterio del médico anestesiólogo y en el momento en el cual se realiza.

Es importante tomar en cuenta los factores que causan variabilidad y hacer una revisión para contar con los parámetros más específicos y evaluar con mayor precisión y evitar las variaciones. Al otorgar el Riesgo Anestésico Quirúrgico además de tomar en cuenta la valoración del estado físico , se debe considerar la forma de presentación del procedimiento quirúrgico , tiempo quirúrgico, el tipo de la cirugía y la experiencia de cirujano.

ANEXO

CLASIFICACION DEL ESTADO FISICO
(SOCIEDAD AMERICANA ANESTESIOLOGIA)

CATEGORIA	DESCRIPCION
ESTADO FISICO I	PACIENTE SANO.
ESTADO FISICO II	PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTEMICA LEVE
ESTADO FISICO III	PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTEMICA SEVERA- LIMITACIONAL FUNCIONAL DEFINITIVA
ESTADO FISICO IV	PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTEMICA SEVERA QUE AMENAZA LA VIDA
ESTADO FISICO V	PACIENTE MORIBUNDO, SOBREVIVIDA NO MAYOR DE 24 HORAS CON O SIN CIRUGIA.
ESTADO FISICO VI	PACIENTE DONADOR DE ORGANOS.

DATOS GENERALES

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Edad _____ años.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios profesionales a nivel licenciatura

Carrera _____

Institución _____

Posgrado

Especialidad NO _____ SI _____ Especificar

Maestría NO _____ SI _____ Especificar

Doctorado NO _____ SI _____ Especificar

Diplomado NO _____ SI _____ Especificar

INFORMACIÓN PERSONAL

- 1.- Es miembro de la Sociedad Mexicana de Anestesiología
NO _____ SI _____
- 2.- Utiliza de manera rutinaria la clasificación de ASA en todos sus pacientes ?
NO _____ SI _____
- 3.- Solo la utiliza en algunos casos ?
NO _____ SI _____
- 4.- Ha leído usted alguna publicación parecida a la encuesta que se le realiza ?
NO _____ SI _____

CASO No. 1

Paciente femenina de 46 años de edad. Programada para mastectomía radical izquierda por Ca. De mama T3N1M0. Niega antecedentes patológicos. A la exploración física. No se observa compromiso cardiopulmonar. No refiere pérdida reciente de peso, ni se encuentra bajo tratamiento oncológico. Sus resultados de laboratorio se encuentran dentro de la normalidad.

Estado Físico 1 2 3 4 5

CASO No. 2

Masculino de 20 años de edad el cual sufrió un accidente hace 10 horas al cual se le realizará una laparotomía exploradora, los paramédicos describieron que se encontró inconsciente y solo localiza estímulos doloroso, emite sonidos incomprensibles, la TAC muestra una contusión frontal grande. No requirió intubación en el sitio del accidente. Sus exámenes de laboratorio se encuentran pendientes.

Estado Físico 1 2 3 4 5

CASO No. 3

Masculino de 64 años de edad programado para RTUP con antecedente de ser fumador desde hace 50 años fumando 20 cigarrillos diarios, actualmente refiere tos con expectoración blanquecina, a la E.F tórax ligeramente distendido lo cual se corrobora con Rx, laboratorio Hb 13.6gr Hto 42, electrolitos y urea dentro de lo normal, EKG normal.

Estado Físico 1 2 3 4 5

CASO No. 4

Femenina de 42 años de edad programada para Mrshall-Marchetti, por Incontinencia Urinaria, tiene antecedente de ser hipertensa hace 7 años controlada con metoprolol, refiere como antecedentes quirúrgicos 7 LUI, amigdalectomía y toma de Bx renal, todas bajo anestesia general, sin complicaciones. Niega otro antecedente de importancia. Laboratorio dentro de lo normal.

Estado Físico 1 2 3 4 5

CASO No. 5

Masculino de 72 años de edad programado para ventriculostomía por meningitis e hidrocefalia tiene antecedente de IAM hace 5 meses, e hipertenso hace 30 años controlado en forma irregular, actualmente se encuentra con apoyo ventilatorio y bajo efecto de sedación. Laboratorios hb 15gr/dl hto 49, plaquetas 300,000mm³. TP 70%, EKG con datos de infarto anteroseptal anterior.

Estado Físico 1 2 3 4 5

CASO No. 6

Femenina de 22 años de edad programada para Cesárea por Preeclampsia Severa, con antecedentes de 2 Cesáreas previas por DCP y RPM. Actualmente con datos de vasoespasmos cifras tensionales de 170/110 mmhg, edema miembros inferiores ++, FC 109 x', gasto urinario de 1 mlxKgxhora. Laboratorios Hb 9.0 mg/dl, Hto 29%, plaquetas 130,000mm³, TP 64%.

Estado Físico 1 2 3 4 5

CASO No. 7

Lactante de 3 meses de edad sin antecedentes perinatales programado para circuncisión. EF dentro de lo normal, laboratorios hb 10 mg/dl, Hto 32%, TP 96%.

Estado Físico 1 2 3 4 5

CASO No. 8

Femenina de 58 años de edad programada para una safenectomia, sin antecedentes patológicos previos pero al realizarse exploración física en la preevaluación anestésica se encuentra con una TA de 165/110 mmhg por lo que se dio tratamiento con Metoprolol en el momento a su ingreso su TA fue de 140/80 mmHg.

Estado Físico 1 2 3 4 5

CASO No. 9

Paciente femenina de 78 años de edad, programada para reconstrucción total de cadera, tiene el antecedente de tener Artritis reumatoide controlada con Naproxén desde hace 30 años y gastritis medicamentosa hace 10 años controlada con ranitidina. Laboratorios Hb 11.8 mg/dl, Hto 38%, plaquetas 250,000 mm³. TP 65%.

Estado Físico 1 2 3 4 5

CASO No. 10

Masculino de 55 años de edad, el cual sufrió hemorragia subaracnoidea hace 36 hrs. Presentó dolor de cabeza intenso y pérdida de la conciencia, previo a este evento gozaba de buena salud, la angiografía cerebral muestra un aneurisma en la arteria comunicante anterior. Es programado para realizar craneotomía y clipaje de aneurisma. Laboratorios normales.

Estado Físico 1 2 3 4 5

RESULTADOS

DATOS DEMOGRAFICOS

CUADRO 1

	No.	%
EDAD 28-60	42.2+-	6.5

SEXO M/F	26/30	46.4/53.6
----------	-------	-----------

CATEGORIA			
MEDICOS DE BASE	56		100

CARRERA MEDICINA	56		100
UNAM*			
I.P.N.*	35		62.5
OTRAS	9		16
	12		21.3
ESPECIALIDAD			
ANESTESIOLOGIA	56		100

CUADRO 2

	No	%
APLICACIÓN ASA		
PERTENECE A LA SMA'	50	89.2
CERTIFICADOS POR CMA*	25	44.6
ESTUDIOS DE POSGRADO:	25	44.6
MAESTRIA		
DIPLOMADO	2	3.5
DOCTORADO	10	17.8
	2	3.5

*CMA CONSEJO MEXICANO DE ANESTESIOLOGIA

' SMA SOCIEDAD MEXICANA DE ANESTESIOLOGIA

CUADRO No 3

CASOS CLINICOS

ESTADOS FISICOS ASA

1 2 3 4 5

1	17	33	5	1	0
2	0	6	7	38	5
3	0	32	24	0	0
4	2	49	4	1	0
5	0	1	14	34	7
6	0	10	14	32	0
7	42	14	0	0	0
8	2	47	7	0	0
9	0	26	28	2	0
10	1	6	16	22	11

CUADRO 4

CASOS CLINICOS	INTERPRETACION
1	REGULAR
2	REGULAR
3	MINIMO
4	MINIMO
5	REGULAR
6	REGULAR
7	MINIMO
8	REGULAR
9	REGULAR
10	BUENA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Miller RD. Riesgo Anestésico.,
En Miller RD, Gomar SC. Anestesia
2ª. Ed. Barcelona.
Ediciones Dayma. 1993; 654-656.
- 2.- Owens WD.
ASA Physical status Clasifications: A study of consistency of ratings.
Anesthesiology. 1978; 49(4):239-243.
- 3.- Keats AS.,
The ASA Clasification of Physical Status a Recapitulation.
Anesthesiology. 1978; 49(4):233-236.
- 4.- Goldstein A, Kjeats AS.,
The Risk of Anesthesia.
Anesthesiology 1970; 33(2):130-143.
- 5.- Ranta S, Hynynem M.,
A Survey of ASA Physical Status Clasification: Significant variation in allocation among
finnish anesthesiologists.
Acta Anaesthesial - Scand. 1997; 41:629-632.
- 6.- Derrington MC, Smith G.,
A Review of Studies of Anesthetic Risk, Morbidity.
Br. J Anesth 1978; 59:815-833.
- 7.- Tikkanen J, Hovi-Viander M.,
Death associated with anesthesia and survey in Finland in 1986 compared to 1975.
Acta Anesthesial Scand. 1995; 39:262-267.

- 8.- Hovi – Vander M.,
Death associated with anesthesia in Finland.
Fr. J. Anaesth 1980; 52:483-489.
- 9.- Haynes SR, Lawler PG.
An Assessment of ASA Physical Status Classification.
Anesthesia 1995; 50:195-199.
- 10.- Arvidsson S. Ouchterlony J,
ET AL. Predicting Postoperative Adverse Events.
Clinical efficiency of four general classification system.
Acta Anaesthesiol Scand 1996; 40:792-897.
- 11.- Marshal JC. Cook NV, Bernard Gretal.,
Multiple Organ Dysfunction Score: Areliable descriptor of a complex clinical outcome.
Critical Care Medical 1995; 23(10):1638-1652.
- 12.- Fajardo A, Tatsuko L, Garduño J, Hernández D, Martínez M.,
Consistencia y Validez de una Medición en la Investigación Clínica Pediátrica.
Definición, evaluación y su interpretación.
Bol-Med Hosp. Infant Mex. 1991; 48(5):367-381.
- 13.-Menke H, Klein A.,
Predictive Value of ASA Classification for Assment of Perioperative Risk.
Int Surg 1993;266-270.
-
- 14.- Jimenez M, Angel M, Castillo G, Peralta E, Custodio M.,
Utilidad de Exámenes Preoperatorios en Pacientes con Estado Físico ASA 1 y 2.
Programados para cirugía electiva.
Rev. Mex. Anest. 1996; 19:172-176.