

11202
68



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

"VARIACION DE CRITERIOS EN EL USO DE LA ESCALA DEL
ESTADO FISICO DE LA ASA, ENTRE MEDICOS DE DOS
ESPECIALIDADES PARA CIRUGIA OFTALMOLOGICA".

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
P R E S E N T A :
DR. RICARDO JUAREZ ANGELES

ASESOR: DR. JOSE TREJO AGUILAR



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACION

DISCONTINUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

**"VARIACIÓN DE CRITERIOS EN EL USO DE LA ESCALA DEL
ESTADO FISICO DE LA ASA, ENTRE MEDICOS DE DOS
ESPECIALIDADES PARA CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA"**

T E S I S

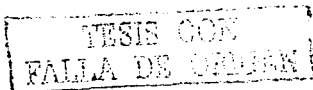
**PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**

P R E S E N T A

DR. RICARDO JUÁREZ ANGELES

Asesor: Dr. José Trejo Aguilar


México, D.F.
febrero del 2003



Autorizo a la Dirección General de Biblioteca •
UNAM a difundir en formato electrónico e imp.
contenido de mi trabajo receptivo.

NOMBRE: Ricardo Juárez Angeles
FECHA: 5/ marzo 2003
FIRMA: Ricardo Juárez Angeles

Dr. José Trejo Aguilar
Médico Anestesiólogo
Coordinador del Bloque de Cirugía
Oftalmológica, HECMNSXXI



Dr. Alfonso Quiroz Richards
Jefe de servicio de Anestesiología
Y Profesor Titular del curso de
Posgrado en Anestesiología de
HECMNSXXI



RECEPCION DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
20 FEB 2009

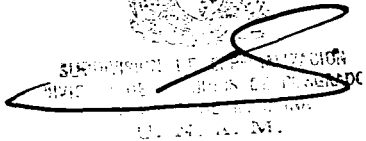


Dr. Antonio Olivares Castellanos
Jefe de la División de Enseñanza e Investigación
Del HECMNSXXI



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECEPCION DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
20 FEB 2009



DEDICATORIA

**A ti mamá, por tus enseñanzas, apoyo, comprensión y amor,
ayudándome a culminar otra meta, en esta larga carrera.**

A mi papá y hermanos, por su apoyo moral en los tiempos difíciles.

Al I.M.S.S. por ser la mas importante institución del país en salud.

¡GRACIAS!

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	7
MATERIAL Y METODO	10
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA	23

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VARIACIÓN DE CRITERIOS EN EL USO DE LA ESCALA DEL ESTADO FÍSICO DE LA ASA, ENTRE MÉDICOS DE DOS ESPECIALIDADES PARA CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA.

Dr. Ricardo Juárez Angeles *, Dr. José Trejo Aguilar **, Dr. Alfonso Quiroz Richards *, Profa. Margarita Jiménez Villarreal******

Introducción: La consulta preoperatoria o preanestésica del paciente que será sometida a cirugía oftalmológica, deber ser considerada por el equipo medico-quirúrgico que participa en una forma integral, concisa y precisa, así como otorgar un estado físico acorde a su historia y exploración física, para disminuir los riesgos que se pueden presentar durante el acto quirúrgico anestésico.

Material y método: El presente estudio se realiza en el HECMN siglo XXI del IMSS de la Ciudad de México, con previa aprobación por el Comité de ética e investigación local. Se utilizaron 55 residentes de las especialidades de Medicina interna y anestesiología de segundo y tercer año, con base a un cuestionario el cual se divide en dos partes , referente a la Escala del Estado Físico de la A.S.A. y su aplicación con 10 casos clínicos para cirugía oftalmológica.

Resultados: Se obtuvo en el presente estudio, que no existió un concordancia significativa, ya que su aplicación es muy subjetiva de la escala del estado físico de la A.S.A. Así como la hipótesis planteada tampoco fue cumplida, ya que existe uno mismo desconocimiento de dicha escala por parte de ambos médicos de las dos especialidades en estudio. Se obtuvo una Alpha de Cronbach menor de 0.5.

Conclusión: El desconocimiento de la escala de la A.S.A. es de forma importante por ambas especialidades, a pesar de su uso cotidiano, por lo que se debe tener una uniformidad en dicha escala para su aplicación, y ser mas veraz en su predicción de morbilidad y mortalidad.

* Médico Residente de Anestesiología de 3 er año del HECMNSXXI

** Médico Anestesiólogo adscrito al Bloque de Cirugía Oftalmológica HECMNSXXI

*** Médico Neuroanestesiólogo y Jefe de Servicio de Anestesiología del HECMNSXXI

**** Profesora En Matemáticas, adscrita a la Unidad de Investigación y Epidemiología Clínica HECMNSXXI.

SUMMARY:

VARIATION OF JUDGEMENT IN USE OF A.S.A. PHYSICAL STATEMENT SCALE, AMONG PHYSICIANS OF TWO SPECIALITIES FOR OFTALMOLOGICAL SURGERY.

Dr. Ricardo Juárez Ángeles*, Dr. José Trejo Aguilar **, Dr. Alfonso Quiroz Richards ***, Profra. Margarita Jiménez Villarreal****.

Introduction: Pre-anesthetics or pre operative consultation of the patient who will be undergo to Ophthalmological Surgery, must be consider for the Medical-Surgery Team that participates in a integral, concise and accurate form and, grant a physical statement accord to the physical and historical exploration, for decrease the risks that can be present during the anesthetic-surgical act.

Materials and methods: The present study fulfills in the Twenty one Century National Medical Center Specialities Hospital from the México, City Social Security Mexican Institute (I.M.S.S.), with previous approval of the Ethics and Local Research Board. It where used 55 residents of second and third year of Anesthesiological and Inner Medicine Specialities, with basis in a two part divided questionnaire, relating to the A.S.A. Physical Statement Scale and its application with 10 clinical cases for Ophthalmological Surgery.

Results: In the present study, was obtained that there isn't significative concordance, due it's apply is so subjective of the A.S.A. Physical Statement Scale.

Like the planned hypotesis neither was compliment, because there is the same unknow of that scale for the both phicisians from two of specialities in study.

It was obtained an Cronbach Alpha minor than 0.5.

Conclusion: The unknow of the A.S.A. scale is of important form for the both specialities, alought it's daily use it should have an uniformity in above scale for apply and, be more veracious in mortality and morbidity prediction.

* Resident Physician of anesthesiological third grade of Twenty one century National Medical Center Specialities Hospital (HECMNSXXI)

** Anesthesiological Physician into Ophthalmological Surgical Block of HECMNSXXI.

*** Neurological-Anesthetical Physician and HECMNSXXI Anesthesiological Service Unit Principal

**** Matemáticas Professor into the HECMNSXXI research Unit and Clinical Epydemiological

key word: scale, statement, physician, A.S.A.

INTRODUCCION

El hecho de tener los alcances tecnológicos hasta nuestros días, en todo evento quirúrgico a disminuido grandes complicaciones y reducido tiempos quirúrgicos extensos. La cirugía es un evento cotidiano, sin embrago entrañan la posibilidad de que ocurran complicaciones transquirúrgicas o posquirúrgicas que ponen en riesgo la vida del paciente sometido a dicho acto. Muchas de estas complicaciones pueden ser detectadas por medio de una valoración clínica previa.

La consulta médica preoperatoria es parte en la práctica del médico internista, durante los pasados 30 años se presta gran atención a los cuidados de esta fase. (1) Por ello el internista debe identificar los problemas médicos previos al acto quirúrgico y optimizar el estado clínico del paciente de sus enfermedades adyacentes del paciente y dar medida preventivas de los posibles efectos trans y posquirúrgicos. (1,3) El anestesiólogo realiza una valoración preoperatoria para decidir la mejor técnica, los medicamentos anestésicos más convenientes y proporciona el cuidados hemodinámico, analgésico y respiratorio en recuperación. (1) Y el cirujano se enfoca en el problema quirúrgico y sus cuidados posteriores hasta su mejoría, como cabeza del equipo quirúrgico. Por ello la vigilancia del paciente que será sometido a un acto quirúrgico y sus cuidados posteriores, es trabajo multidisciplinario, que involucra a cirujano, anestesiólogo e internista. (1,2,3)

Con la finalidad de clasificar las posibles complicaciones y eventos patológicos que pudieran ocurrir en el acto quirúrgico-anestésico, se debe tener una buena historia clínica, que sea concisa, precisa e integral del paciente para conocer y valorar su estado físico previo a la cirugía.

Desde a mediados del siglo pasado se ha procurado en obtener escalas o clasificaciones que ayuden a determinar las condiciones físicas del paciente. Existen diferentes clasificaciones que ayudan a determinar una función específica del organismo, siendo parte de una valoración integral del estado físico para poder predecir la morbilidad y mortalidad previa a la cirugía, (2) pero hasta el momento no existe una escala ideal que valore íntegramente al paciente en su estado cardiovascular, respiratorio, metabólico, hemodinámico entre otros; así como una unificación de criterios entre el distinto personal médico involucrado.

Quizá la más utilizada hasta nuestros días es la creada por la American Society of Anesthesiology (ASA), la cual valora el estado físico del paciente, (3) donde dicha sociedad en el año de 1941 trata de unificar criterios para la aplicación de procedimientos anestésicos, dando como resultados que Sakland y colaboradores colocan a 4 grupos iniciales para determinar según su gravedad y tipo de procedimiento al que será sometido, 5 y 6 para cirugía de urgencia y 7 para pacientes, moribundos. (4,6,8)

En el año de 1961 Dripps y colaboradores proponen a dicha escala solo 5 grupos que van desde sujetos normales y sanos hasta enfermos con alteraciones sistémicas leves, graves o incapacitantes; (5,6) la cual es adoptada por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) en el año de 1962 conocido como EL SISTEMA DE PUNTUACIÓN DEL ESTADO FÍSICO. (2,3)

La utilidad de este índice ha sido corroborada en un número elevado de pacientes, no obstante, solo brinda una evaluación muy subjetiva y general de los peligros en el transoperatorio; (5) sin embargo hasta el día de hoy es la más utilizada y aceptada en el ámbito internacional para calificar el estado de físico del paciente sometido a cualquier tipo de cirugía. De acuerdo con estudios solo el 16% de los pacientes sometidos a cirugía presenta alguna complicación trans o postoperatoria y de estas del 4 al 8 % corresponden al tipo cardiovascular. (3) Y en menor frecuencia las infecciosas, metabólicas, pulmonares, renales, hepáticas y hematológicas. (6) Sin embargo a pesar de estos índices se ha demostrado poca sensibilidad para identificar a los pacientes de alto riesgo.

Escalas como la de Eagle que proponen una clasificación clínica para la estadificación preoperatoria de una forma muy sencilla. (3,12) En muchos países los artículos recientes comparan la utilidad pronostica del índice de Goldman con el Estado Físico del ASA para determinar complicaciones cardíacas en cirugía no cardíaca, y se observó de forma importante que el ASA correlaciona más adecuadamente con la frecuencia de este tipo de complicaciones en contraste con escalas de Destky o Goldman, las cuales por falta de integración adecuada en su parámetro necesario, son poco prácticas. (3,11)

Como el estado físico del paciente se define antes de la intervención quirúrgica su relación con el pronóstico y/o su valor predictivo ha sido objetivo de análisis. En el año de 1970 por Goldstein y Keats la mortalidad a la anestesia se considera con mayor frecuencia en sujetos 1y 2 de la escala de ASA. (6)

En cuanto a los pacientes que son sometidos a cirugía oftalmológica pueden ser de edades extremas con una o varias patologías (diabetes, hipertensión, artritis, coronopatías etc.), por lo que debe ser considerada una valoración preoperatoria por parte de anesestesiólogos e internistas lo más real, adecuada y unificada para determinar el estado físico previo a la cirugía, con la finalidad de disminuir los riesgos pre, trans y post quirúrgicos. (1,4,8)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODO:

El presente estudio se realizo en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, en los servicios de Anestesiología y Medicina interna. Después de haber sido aprobado por el Comité de ética e investigación local. La participación se hizo con médicos residentes de 2º y 3º año de las especialidades de anestesiología y medicina interna encargados realizar valoraciones preoperatoria a pacientes programados para cirugía oftalmológica de forma electiva. Fueron un total de 55 residentes de ambas especialidades (35 residentes de anestesiología y 20 residentes de medicina interna).

El estudio realizado es de tipo transversal, comparativo, prospectivo y observacional en base a la Escala de Puntuación del Estado Físico del ASA, modificada por Dripps: (6)

CLASE

CARACTERÍSTICAS

- | | |
|---|--|
| 1 | Un paciente sanamente normal |
| 2 | Un paciente con Enfermedad Sistémica leve |
| 3 | Un paciente con Enfermedad Sistémica Severa
Que no es incapacitante |
| 4 | Un paciente con Enfermedad Sistémica Incapacitante
Que es un constante riesgo para la vida. |
| 5 | Un paciente moribundo quien no tiene esperanza de
Sobrevivir por más de 24 horas con o sin cirugía. |

En caso de emergencia o urgencia se agrega a la Escala E o U.

Se tomo en consideración para este estudio un cuestionario el cual se dividió en dos partes:

Primera parte, consiste en saber si se conoce la Escala de puntuación del estado físico del ASA, así como las modificaciones de esta, desde su aparición.

Segunda parte, será aplicada la Escala del estado físico del ASA en base a 10 casos programados de forma electiva para cirugía oftalmológica al azar que cuente con valoración preoperatoria y preanestésica, en donde cada encuestado otorgara una calificación en base a la escala mencionada que va desde ASA I hasta ASA 5.

Dicho cuestionario será aplicado en ese momento y no tomara mas de 30 minutos, por el realizador del estudio y entregado en mano de cada encuestado sin que ellos pueda utilizar algún apunte como guía para su resolución, no llevará nombre, solo grado y especialidad. Se agrega en el anexo 1.

El análisis estadístico: será basado a medidas no paramétricas del tipo X^2 para muestras independientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL C.M.N. SIGLO XXI
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA"
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

a) Datos generales

Especialidad _____ Grado _____
Edad _____ Sexo _____ Fecha _____
Lugar donde se realizo el primer año de residencia _____

b) Formación académica

Universidad de donde es egresado _____
Tiene alguna otra especialidad _____
Otros estudios _____

c) Cuestionarios

1. ¿Conoce usted la escala del ASA?

Si _____ No _____

2. Sabe para que sirve la escala del ASA?

Si _____ No _____

3. En caso de ser afirmativo, diga brevemente para que se usa.

4. ¿En cuantos grados se clasifica la escala de ASA?

3 5 6 8

5. ¿Cuál es el grado del ASA 2 y 3?

ASA 2 _____

ASA 3 _____

6. ¿Utiliza usted la escala del ASA en su valoración preoperatoria con sus pacientes?

SI _____ No _____ Algunas veces _____ Casi nunca _____

7. ¿Conoce usted alguna otra escala de valoración, para el estado físico del paciente?

Si _____ Cual _____ No _____

8. ¿Cuántas valoraciones preoperatorias hace usted en una semana?.

9. ¿Considera usted que el ASA y el Riesgo Anestésico quirúrgico (RAQ) son lo mismo?

SI _____ NO _____ No se _____

10. ¿En base a que criterios llega usted a diferir la escala del ASA en su valoración preoperatoria ?

11. ¿Sabe Usted cuando se hizo la ultima modificación de la escala del ASA?

Si _____ Cuando _____ No. _____

El presente cuestionario tiene la finalidad de identificar como se aplica la escala del ASA previa a la cirugía, por lo que este documento es anónimo y confidencial. Y solo será utilizado para este estudio.

Por su colaboración ¡ muchas gracias!

CASOS CLINICOS

Caso # 1

Femenino de 62 años, la cual se encuentra programada para EEC+LIO DE OJO DERÉCHO. Antecedentes de HAS de 32 años de evolución, bajo control médico actualmente. D.M. tipo 2 desde hace 32 años actualmente con Insulina de acción intermedia. Nefropatía diabética desde hace 2 meses con tratamiento con furosemida 2-2-0 al día. Dismea de medianos esfuerzos desde hace 4 meses. Se encuentra conciente, tranquila, cooperadora, estado neurológico íntegro. Cardiopulmonar sin compromiso en exis. monositus. Extremidades íntegras con varices grado I, no edemas. Peso 76 kg. Talla 152cm. IMC 33 TA 160/100 FC 106 a FR 22a Temp. 36.2 grados. Laboratorio con reporte de Glucosa de 151mg/dl Creatinina 1.9 mg/dl Urea 52mg/dl Na 133 K 4.9 Cl 97 EKG: ritmo sinusal con presencia de taquicardia sinusal. Rx de tórax con Aortoesclerosis y Cardiomegalia grado I a II
Difiere ASA () SI () NO
Valoración del Estado Físico _____

Caso # 2

Se trata de masculino de 78 años el cual se encuentra programado para EEC+LIO de ojo izquierdo por Catarata de OI bajo Anestesia local. Antecedentes de Alérgico al Fumcin. Tabaquismo de mas de 10 años de evolución de moderada intensidad. ICC clase funcional II de NYHA por Cardiopatía isquémica. Artritis reumatoide desde hace 30 años con tratamiento a base de Prednisa. Se encuentra conciente, cooperador, Glasgow 15, apertura bucal amplia. Con prótesis dental total. No presencia de Dificultad respiratoria. Crdopulmonar sin compromiso actualmente. Extremidades íntegras deformadas en ambas manos. No edemas. TA 130/70 FC 65a FR 18a Temp. 36 grados. Peso 53 kg. Talla 164cm. Laboratorio con Hb 13 Hto 41 Tiempo de coagulación normales. Creatinina 0.6 Urea 30 Glucosa de 87 Depuración de creatinina de 76 ml/min. Rx de tórax con aortoesclerosis y paquipleuritis. Cuenta con Ecocardiograma con Fe. DEL 45% con hipocinesia septal de VI. Y datos de IM antiguo.
Difiere ASA () SI () NO
Valoración del Estado Físico _____

Caso # 3

Masculino de 68 años, la cual se encuentra programada para Vitrectomia de Ojo derecho secundaria a Hemorragia Vitrea, con los siguientes antecedentes HAS de 5 años de evolución controlada con Captupil IM antiguo de región septal, D.M. tipo 2 de mas de 20 años de evolución controlada con Insulina a dosis de 30 U por la mañana. Quiérgicos positivos sin complicaciones aparentes. Se encuentra conciente, ansioso, poco cooperador, regularmente hidratado. Ruidos cardiacos arritmicos con frecuencia de 68 a 80x. Campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral, no Sx. Pleuropulmonares. No disnea. Extremidades con pulsos débiles 3/5 llenado capilar retardado. No edemas con EKG. Laboratorio. Hb 14 Hto 45% TP normal Na 145 K 4.0 Creatinina 1.5. Glucosa 308 mg/dl. Densidad de los 20 90 hrs. MAYOR DI: 250 mg. Rx de tórax. Cardiomegalia grado II. Signos vitales de TA 160/90 FR 22a FC 88x STQ2 88x Peso 95 kg. Talla 1.80 mts.
Difiere ASA () SI () NO
Valoración del Estado Físico _____

Caso # 4

Femenino de 73 años, programada para Faceomulsificación de forma electiva. Peso 50kg. Talla 1.50mts. TA 160/80 FC 51x FR 20x SPO2 96%. Antecedentes Tabaquismo positivo de 25 años de evolución sin repercusión pulmonar. Alérgica a Sulfas y Estreptomicina. Resto negados A la E.F. paciente senil conciente, verborrea cooperadora, buenas condiciones generales. Cardiopulmonar sin compromiso aparente. Extremidades íntegras con pulsos presente, no edemas. Varices grado II de ambos Miembros inferiores. Laboratorio de rutina normales. EKG se reporta Bloqueo de fascículo anterior con bradicardia de 50x, la cual será sometida a Anestesia general.
Difiere ASA () SI () NO
Valoración del Estado Físico _____

Caso # 5

Femenino de 51 años, la cual se encuentra programada para cirugía de Catarata bajo Bloqueo retrobulbar, con los siguientes antecedentes HAS de 6 años de evolución tratada con Nifedipino y Praxico. D.M. tipo 2 de 10 años de evolución tratada con Insulina NPH a dosis de 5 U al día. IRC de un año de evolución bajo DPCA a 4 cambios al día desde hace 8 meses. Actualmente Se encuentra conciente, tranquila cooperadora, patidez de tegumentos +. Ruidos cardiacos rítmicos no datos de falla cardiaca. Campos pulmonares ventilados no presencia de sobrecarga hídrica. Edemas con presencia de edema leve hasta tercio medio de ambas piernas. TA 170/90 FC 78s FR22x SIO2 96% Peso 53kg. Talla 153cms. Rx de tórax Cardiomegalia grado I. Laboratorio Hb 8.0 HTO 24 M Plaquetas 359 000 TP 11.6/12.4 seg. Na 138 K 4.4 Creatinina 6.0 Urea 96 EGO con leucocitos incontables pH 8.0 densidad 1.015
Difiere ASA () SI () NO
Valoración del Estado Físico _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Caso # 6

Masculino de 37 años, se encuentra programado de forma electiva para EEC+LIO de ojo derecho. Antecedentes: Padres diabéticos vivos. Diabético tipo 2 de 7 años de evolución controlado con Glibenclámina a dosis de 1 tab. al día. Quirúrgicos positivos por Vitrectomía de OI hace 10 meses bajo AGB sin complicaciones. Alcolismo positivo hace 10 años, suspendido hace 1 año. Se encuentra en estos momentos conciente, tranquilo, cooperador, Glasgow 15. Dentadura propia y completa. Apertura bucal de 3cm. Distancia tricotomontana 5cm aprax. Cardiopulmonar sin compromiso aparente. Abdomen globoso por páncreo adiposo. No viciocanguilias. Extremidades íntegras no edemas y pulsos presentes. EKG ritmo sinusal y BIRDHH. Rx de tórax normal. IMC 30 TA 130/90 FC 82 FR 20a SiO2 93%. Laboratorios Glucosa de 133 Creatinina 0.8 Plaquetas 160 000 resto normal.

Difiere ASA () SI () NO

Valoración del Estado Físico _____

Caso # 7

Femenino de 59 años, la cual se programa para Vitrectomía secundaria a Hemorragia vítrea de ojo izquierdo. Con los antecedentes de Tabaquismo positivo no refiere tiempo. HAS de 22 años de evolución secundaria a PreEclampsia con tratamiento irregular. DM tipo 2 de 3 años de evolución. Neftropatía diabética desde hace un año bajo tratamiento medico con Furosemda y medidas generales. A la E.F. se encuentra conciente, tranquila, sin datos de descompensación en estos momentos y neurologicamente estable. TA 180/100 FC 80x FR 20a. Peso 48kg. Talla 149cm. IMC 20 Rx de tórax solo aortoescleróticos. EKG Hipertrofia de ventriculo izquierdo. Glucosa 59 Creatinina 1.0 Na 139 Urea 33 K 4.0 H 13.3 Hta 39.9. Será sometida a cirugía bajo AGB.

Difiere ASA () SI () NO

Valoración del Estado Físico _____

Caso # 8

Masculino 60 años, programado para Cirugía de retina y Vitrectomía por Desprendimiento de retina y Hemorragia vítrea de ojo izquierdo. HAS de 3 años de evolución, se desconoce tratamiento. DM tipo 2 de 15 años de evolución tratamiento bajo HO. Alérgica a la Indometacina. Problemas de sobrepeso desde su juventud. Actualmente conciente, tranquilo, obeso, buen estado general, hidratado. Cuello corto. Cardiopulmonar sin compromiso en estos momentos. Abdomen globoso por páncreo adiposo y peristaltis normal. Resto sin alteraciones aparentes. IMC 34 TA 130/90 FC 80x FR 22x EKG BIRHH y ritmo sinusal. Glucosa de 126 mg/dl K 5.5 y Na 134. Con destrosia de 8:00 hrs de 180mg. Resto de laboratorios normales.

Difiere ASA () SI () NO

Valoración del Estado Físico _____

Caso # 9

Femenino de 74 años programado para EEC+LIO. Diabético tipo 2 de 20 años de evolución bajo tratamiento de glibenclámina a dosis de 1 tab. al día. Asma bronquial de más de 25 años de evolución ultima crisis hace 20 años, sin tratamiento actualmente. Tabaquismo positivo en su juventud de 10 cigarrillos al día, suspendido hace 15 años. A la E.F. solo se encuentra ligeras sibilancias en región basal sin presencia de dificultad respiratoria. No datos de hemorragia aparente u activa. Además de IVP hasta las rodillas, pulsos presentes IMC 28 TA 130/80 FC 70x FR 18x Laboratorios con Hb 9.3 Hto 29 Leucocitos 5000 Plaquetas 290 000 Creatinina 1.2 Na 141 K 4.1 tiempos al 100%. EKG ritmo sinusal y BIRDHH. Será sometida a cirugía bajo Bloqueo retrolubar.

Difiere ASA () SI () NO

Valoración del Estado Físico _____

Caso # 10

Femenino de 70 años, la cual cuenta con los siguientes antecedentes DM tipo 2 de 3 años de evolución con Tx de HO. HAS de 3 años de evolución controlada con Logimas 1x1 al día. Quirúrgicos positivos sin complicaciones aparentes. Transfusiones positivas hace 6 años sin complicaciones o reacciones. Alcolismo positivo en su juventud a cantidad de 5 copas cada 15 días por 10 años, suspendida hace más de 30 años. Resto negados. Se encuentra conciente, tranquila, buen estado general cooperadora. Buena coloración de tegumentos. Adoncia total. Cuello cilíndrico distancia tricotomontana. Cardiopulmonar sin compromiso aparente. Abdomen normal. Extremidades varices grado I. TA 140/90 FC 90x FR 22x peso 73 kg. Talla 1.57cm. Rx de tórax con datos de EPOC. EKG Ritmo sinusal no alteraciones aparentes. Resto de laboratorios dentro de parámetros normales. Programada para Trabeculectomía de Ojo izquierdo por Glaucoma de ángulo abierto con PIO de 25mmHg. Bajo AGB

Difiere ASA () SI () NO

Valoración del Estado Físico _____

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación se baso a 55 médicos residentes de los servicios de anestesiología total de 35 (64%) y medicina interna total de 20 (36%), los cuales pertenecen a segundo 29 (53%) y tercer grado 26 (47%) de ambas especialidades. Con un 64% de sexo femenino (35 residentes) y 36% al sexo masculino (20 residentes). En cuanto procedencia universitaria 48 residentes realizaron sus estudios en institución pública, es decir un 87%, en universidad privada solo 4 residentes pertenecen a este estudio (7%) y 3 de procedencia extranjera (6%). El rango de edad se encuentra para anestesiología 26 y 38 años, para medicina interna entre 27 y 32 años. En lo que a los datos demográficos se refiere (cuadro 1).

CUADRO 1

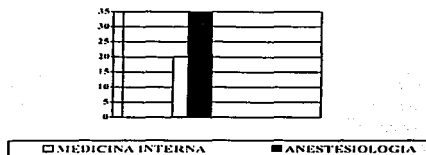
DATOS DEMOGRÁFICOS			
	ANESTESIOLOGIA	MEDICINA INTERNA	(%)
EDAD	26 A 38 AÑOS	27 A 32 AÑOS	
SEXO			
FEMENINO	22	13	64
MASCULINO	13	7	36
GRADO			
SEGUNDO	21	8	53
TERCERO	14	12	47
UNIVERSIDAD			
PUBLICA	30	18	87
PRIVADA	2	2	7
EXTRANJERA	3	-	6
ESPECIALIDAD	35 (63.)	20 (36.7%)	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

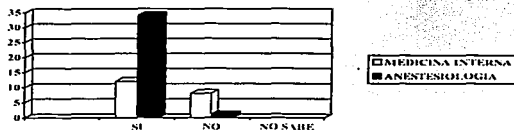
Lo referente a datos estadísticos en base al conocimiento de la Escala de puntuación del estado físico de la A.S.A. y su aplicación, para determinar su concordancia y conocimiento de la misma; se realizó el estudio en el Programa de computo SPSS (PAQUETE ESTADÍSTICO PARA CIENCIAS SOCIALES). Y como análisis estadístico se obtuvo la Alfa de Cronbach, la cual se basa en la correlación Inter.-elementos promedio, donde se determina si hay concordancia con una Alpha Cronbach mayor o igual a 0.5, para conocer el análisis de fiabilidad. En la primera parte de los resultados se establece en las gráficas, acerca del conocimiento que tienen los médicos residentes de ambas especialidades acerca de la Escala del Estado Físico de la A.S.A.

A. PRIMERA PARTE.

¿CONOCE LA ESCALA DEL ESTADO FISICO DE LA A.S.A.?

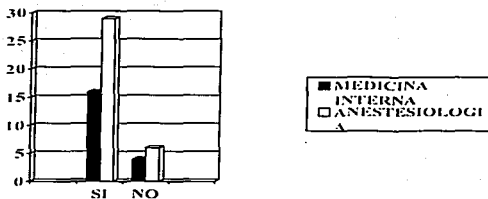


¿SABE PARA QUE SIRVE LA ESCALA DEL ESTADO FISICO DE LA A.S.A.

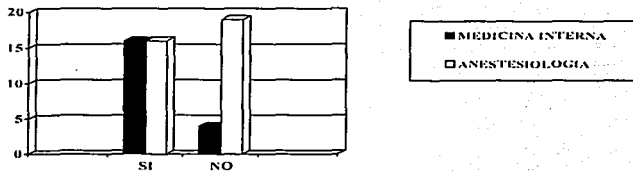


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿SABE EN QUE CONSISTE EL GRADO 2 DE LA ESCALA DEL ESTADO FISICO DE LA A.S.A.

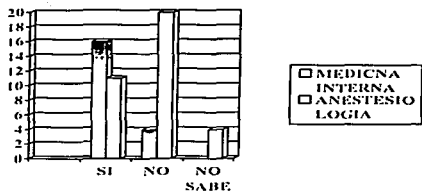


¿SABE EN QUE CONSISTE EL GRADO 3 DE LA ESCALA DEL ESTADO FISICO DE LA A.S.A.

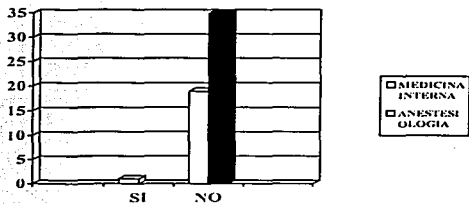


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿CONOCE ALGUNA OTRA ESCALA PARA VALORAR EL ESTADO FISICO PREOPERATORIO?



¿SABE CUANDO SE HIZO LA ULTIMA MODIFICACIÓN DE LA ESCALA DE LA A.S.A.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

B. SEGUNDA PARTE

La concordancia de los casos clínicos presentados, para valorar el estado físico preoperatorio en base a la escala de la A.S.A. A continuación se expresan

CUADRO 2 (MEDICINA INTERNA)

Casos clínicos	Estado Físico					
	1	2	3	4	5	0
1		8	12			
2		6	14			
3		9	8			3
4		12	7			
5		10	7			
6		11	9			
7		15	5			
8		16	4			
9		12	8			
10		16	4			

0 equivale a diferir el grado de A.S.A.

CUADRO 3 (ANESTESIOLOGIA)

Casos Clínicos	Estado Físico					
	1	2	3	4	5	0
1		2	32	1		
2		4	22	9		
3		18	5			
4	1	22	8	2		
5		6	19	9		
6	1	23	10			
7		8	26			
8		10	25			
9		16	15			
10		19	15	1		

0 equivale a diferir grado de A.S.A.

CUADRO 4 (CONCORDANCIA ENTRE AMBAS ESPECIALIDADES)

CASOS CLINICOS	VALOR DE ALPHA	CONCORDANCIA
1	.527	BUENA
2	.580	BUENA
3	.631	BUENA
4	.144	PESIMA
5	.252	PESIMA
6	.423	MALA
7	.105	PESIMA
8	.489	MALA
9	.838	EXCELENTE
10	.352	MALA

DISCUSIÓN:

Desde mediados del siglo XX, la importancia de obtener escalas fidedignas e integrales para poder otorgar un estado físico adecuado en el preoperatorio y disminuir los riesgos que pudieran presentarse en el evento quirúrgico-anestésico, ha sido temas de estudio. Desde los trabajos presentados por Owens (6), hasta el más reciente obtenido por Ranta. Se llegan a referir algunos factores que pueden ser parte de la variación de criterios en el uso de la Escala del Estado Físico de la A.S.A.

En nuestro estudio podemos determinar que la mala traducción que se hace de los diferentes estadios del Artículo Original por Dripps (6) y la última recapitulación de Owens, es de llamar la atención para que no se tenga un consenso uniforme en cuanto a la aplicación de la misma, ya que permite que se preste a la confusión en cuanto su interpretación.

En el año de 1995 Haynes y cols. En un estudio similar de 113 anesthesiólogos en el Reino Unido se determina que no hubo un acuerdo completo en las diferentes categorías de dicha escala, concluyendo que la elevada variabilidad inter observadora determina que la escala de la A.S.A. sola no se considera satisfactoria para describir el estado físico.

En el año de 1988 Cohen y cols. Concluyen que el ASA es un predictor independiente para las complicaciones trans y postoperatorias mayores y es insuficiente para predecir la morbilidad anestésica en el periodo postoperatorio inmediato. En un estudio llevado a cabo por Halabe-Cherem en el Hospital de Especialidades(1) se concluye cuando se utiliza la escala de la A.S.A. en forma conjunta con el Índice multifactorial de Goldman y Rx de tórax. Se obtiene una probabilidad para predecir las complicaciones cardiovasculares (17)

Sin embargo a pesar de ser una Clasificación muy subjetiva y amplia para otorgar un estado físico del paciente que será sometido a cirugía, se sigue considerando como el Estándar principal en la valoración preanestésica o Preoperatoria, debido a su aceptación internacional.

CONCLUSIONES:

Dentro de las conclusiones del presente estudio, realmente por parte de ambas especialidades, existe un desconocimiento de su origen, objetivo y actualización de la Escala del Estado Físico, a pesar de ser de uso frecuente en el cotidiano trabajo de ambos especialistas. Con lo que podemos determinar que la hipótesis planteada no se cumplió. Es decir que Médicos anestesiólogos desconocen menos la Escala del Estado Físico de la A.S.A, que lo médicos internistas. Por lo tanto Médicos anestesiólogos y médicos internistas desconocen por igual la Escala del Estado Físico de la A.S.A.

Lo que nos determina, que mientras siga en uso dicha escala, deber ser obligación por parte de quien la utiliza, el conocerla en todo su contexto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA:

1. Halabe Cherem J. Valoración Perioperatoria integral en el adulto, 3 era. Edición. Uteha,2000.
2. Valle, Dosta y Robles. Variación de criterios entre los anestesiólogos sobre la clasificación del estado físico del ASA. Anest.Mex. 1999,11(4)150-5.
3. Fong. Elguero y Anzura. Valoración prequirúrgica en cirugía no cardíaca. Índice de Eagle vs ASA. Anest. Mex. 2001,17(1)18-23.
4. Aldrete, Antonio. Texto de Anestesiología Teórico-Practico,6ta.edición, salvat, p 339-345.
5. ASA; The ASA classification of physical status a recapitulation; The Journal of Anesthesiology 49(4).1978,p233-36
6. Owens WD,Fetis JA, Spitznagel EL: ASA physical status classifications. Anesthesiology 1978,49:239-43.
7. Ranta M, Hynynen and Tammisto.A survey of ASA physical status classification variation in allocation among finnish anesthesiologists.Acta anesthesiologica scandinavica 1997,41(1):629-32.
8. Barash, Cullen and Stoelting. Anestesia Clínica.3era edición. Ed. McGraw-will interamericana. Cap. 34 pp 1071-1075.
9. Higgins Guerra L. clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiology.pagina mexicana de anestesiología en Internet. Mayo 2002
10. Haynes S.R., Lawler G.P. An assessment of the consistency of ASA physical status classification allocation. Anesthesia 1995,(50):195-99.
11. Arvidsson S. Ouchterlony J, et al. Predicting postoperative adverse events.clinical efficiency of four general classification systems.Acta anaesthesiologica scandinavica.1996,40(7):783-91.
12. Bothener U., Georgieff M,Schwilk.Building a large-scale perioperative anesthesia outcome-traking database:methodology,implementationand experices from one provider within the Ge:man quality projet.British Journal of Anaesthesia 2000,85(2):271-80.
13. Sthepen P.Fisher. Development and effectives of anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital.Anesthesiology 1996,85(1):196-206

14. Alvarado E. Álvarez J. Visita pre y postanestésica: elementos esenciales en la calidad de atención. Experiencia en el hospital general de México SS.Rev.Mex.Anest. 2000,23:11-15
15. Bond M. David, Pre-anesthetic assessment clinics in Ontario. Can.J.Anesthesiology.1999.46(4):382-87
16. Morgan E. Marged S. Anestesiología clínica.Ed. segunda edición. Editorial Manual moderno. cap. 1 pp5-8.
17. Halabe-Cherem J., Wachter-Rodarte N, Nellen-Hummel H, Talavera-Piña J. La utilidad de la escala ASA y de la radiografía de tórax como indicadores de riesgo cardiovascular perioperatorio . Gac. Med.Mex.1998;134:27-32
18. Cohen MM and Duncan PG. Physical status score and trends in anesthetic complications. J. clin.Epidemiol 1988;41:83-90
19. Wayne.W.Daniel. Bioestadística. edit. Limusa, 3 era. Edí. Cap. 10. México, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN