



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CLASIFICACIÓN ASA EN PACIENTES DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM
CICLO 2006-2007.**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

GLORIA DE LA LUZ CHÁVEZ CASAS

TUTOR: MTRO. RAÚL DÍAZ PÉREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
1 ANTECEDENTES.....	8
1.1 DEFINICIÓN DE CLASIFICACIÓN ASA.....	9
1.2 GRADACIÓN ASA	9
1.2.1 ASA I.....	9
1.2.2 ASA II.....	10
1.2.3 ASA III.....	11
1.2.4 ASA IV.....	12
1.2.5 ASA V.....	13
1.3 EVALUACIÓN PREOPERATORIA.....	14
1.3.1 CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA	14
1.3.1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	15
1.3.1.2 PADECIMIENTO ACTUAL.....	16
1.3.1.3 INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.....	16
1.3.1.3.1 APARATO DIGESTIVO.....	17
1.3.1.3.2 APARATO RESPIRATORIO.....	17
1.3.1.3.3 APARATO CARDIOVASCULAR.....	17
1.3.1.3.4 SISTEMA ENDÓCRINO.....	17
1.3.1.3.5 SISTEMA HEMOLINFÁTICO.....	18
1.3.1.3.6 SISTEMA GENITOURINARIO.....	18
1.3.1.3.7 SISTEMA NERVIOSO.....	19
1.3.1.3.8 MÚSCULO ESQUELÉTICO.....	19

1.3.1.3.9 SISTEMA TEGUMENTARIO.....	19
1.3.1.4 SINTÓMAS GENERALES.....	19
1.3.1.5 ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.....	20
1.3.1.6 ANTECEDENTES PERSONALES PATÓLOGICOS.....	20
1.3.1.6.1 NEONATALES Y DE LA INFANCIA.....	20
1.3.1.6.2 JOVENES Y ADULTOS.....	20
1.3.1.6.3 QUIRÚRGICOS.....	21
1.3.1.6.4 TRAUMÁTICOS.....	21
1.3.1.6.5 TRANSFUSIONALES.....	21
1.3.1.6.6 ALÉRGICOS.....	21
1.3.1.6.7 ADICCIONES.....	21
1.3.1.6.8 ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS.....	22
1.3.1.7 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.....	22
1.3.1.7.1 HABITACIÓN.....	22
1.3.1.7.2 ALIMENTACIÓN.....	22
1.3.1.7.3 HIGIENE.....	22
1.3.1.7.4 INMUNIZACIONES.....	23
1.3.1.7.5 DEPORTES.....	23
1.3.1.8 EXÁMES, TERAPEÚTICA Y DIAGNÓSTICO ANTERIORES.....	23
1.3.1.9 EXPLORACIÓN FÍSICA.....	24
1.3.1.9.1 INSPECCIÓN GENERAL.....	25
1.3.1.10 DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN SISTÉMICA.....	27
1.3.1.11 EXPLORACIÓN BUCAL.....	27
1.3.1.11.1 LABIOS.....	27

1.3.1.11.2 CARRILLOS.....	28
1.3.1.11.3 VESTIBULOS.....	28
1.3.1.11.4 LENGUA.....	28
1.3.1.11.5 PISO DE BOCA.....	28
1.3.1.11.6 PALADAR.....	28
1.3.1.11.7 DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN BUCAL.....	29
1.3.1.12 NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR.....	29
1.3.1.13 NOMBRE Y FIRMA DEL DOCTOR.....	29
1.3.2 HISTORIA DIALOGADA.....	29
1.4 RIESGOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA.....	29
2 OBJETIVO	31
3 HIPÓTESIS.....	31
4 MÉTODOS.....	32
5 RESULTADOS.....	33
6 DISCUSIÓN.....	41
7 CONCLUSIONES.....	42
8 REFERENCIAS	43

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fuerza para seguir adelante, por cuidarme y por darme todo lo que tengo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por permitirme ser parte de su alumnado y por darme la oportunidad de concluir mi carrera.

A mis padres que siempre están con migo, apoyándome en todo lo que hago, por brindarme todo lo necesario para que pudiera terminar la carrera, y por darme tanto amor y comprensión gracias de todo corazón, los amo.

A mi hermano que me brindo su apoyo incondicional, a mi cuñada Vianey y a mi sobrina Carolina gracias por estar con migo en esta etapa de mi vida.

A mis familiares que siempre estuvieron al pendiente de mí.

A mis amigos por darme su amistad y apoyó durante todo este tiempo, gracias..

INTRODUCCIÓN

Cualquier atención para evaluar el estado de salud de un paciente involucra una amplia responsabilidad del profesional para reconocer el riesgo de aplicar cualquier terapéutica con la finalidad de restablecer su padecimiento.

La atención odontológica no esta exenta de esta responsabilidad y aun cuando esta abordando la región de cabeza y cuello, específicamente cavidad bucal, un metabolismo en desequilibrio repercute igualmente en los cuidados y precauciones para aplicar un tratamiento.

En ambos casos se requiere algunas veces que el paciente tenga que ser abordado quirúrgicamente, para estas situaciones, la American Society of Anesthesiologists creo una clasificación que se debe considerar para la aplicación de cualquier anestésico, sea local o general y considerar el riesgo que representa atender a un paciente.

Por lo anterior, es de gran importancia que el cirujano Dentista elabore una correcta historia clínica para obtener el diagnóstico preciso y en base a este poder asignar una clasificación ASA al paciente y considerar el riesgo de anestesiarse al paciente para el tratamiento odontológico.

Es de gran importancia saber si sus pacientes se encuentran sistemáticamente comprometidos, al someterse a tratamientos dentales, es por ello que la American Society of Anesthesiologists (ASA) desarrollo una clasificación para prevenir o disminuir el riesgo durante la atención odontológica.

En el presente trabajo se describe las características de los pacientes recibidos en el Edificio Central de la Facultad de Odontología durante el ciclo escolar 2006-2007. Para ello se tomó en cuenta la edad, el sexo, la ocupación, la escolaridad y la enfermedad que presentan.

Dentro de los datos obtenidos encontramos que la Facultad de Odontología brindo atención dental en su mayoría a pacientes aparentemente sanos considerados en la clasificación ASA I, por otra parte también asisten pacientes que presentan alguna enfermedad sistémica y en base al grado de esta, se clasifican en ASA II y ASA III.

1.-ANTECEDENTES

La primera clasificación de la American Society of Anesthesiologists fue propuesta por Saklad, Taylor y Rovenstein en 1941.¹

Veinte años después, en 1961, se adoptó un sistema de clasificación de cinco categorías basado en el estado preoperatorio del individuo de acuerdo a su estado físico.²

Más tarde se añadió una sexta categoría que incluía al donador de órganos con muerte cerebral. Aunque este sistema no se realizó con tal propósito.

Cuadro 1. Clasificación ASA

CLASE	DEFINICIÓN
1	Paciente normal sano.
2	Paciente con enfermedad sistémica leve y sin limitaciones funcionales.
3	Individuo con enfermedad sistémica de grado moderado a grave, que origina cierta limitación funcional.
4	Un paciente con enfermedad sistémica grave que es amenaza constante para la vida incapacitante a nivel funcional.
5	Enfermo moribundo que no se espera que sobreviva 24h con o sin cirugía.
6	Un paciente con muerte cerebral cuyos órganos se toman para trasplante.

* Si el caso es una urgencia, el estado físico se sigue por la letra U.³

Para 1962 La American Society of Anesthesiologists adoptó lo que actualmente se conoce como Sistema ASA de clasificación del estado físico.

1.1 DEFINICIÓN DE LA CLASIFICACIÓN ASA

Se trata de un método para estimar el riesgo que presenta un paciente al que se le pretende administrar anestesia para una técnica quirúrgica. En un principio este sistema fue diseñado para pacientes a los que se les iba a administrar anestesia general, pero desde que inicio este sistema se ha aplicado a todos los pacientes quirúrgicos, independientemente de la técnica de anestesia.

1.2 GRADACIÓN ASA

El sistema de clasificación que se utiliza en la actualidad es el siguiente:

1.2.1 ASA I

Los pacientes ASA I se consideran sanos y normales. La revisión de sus historias medicas, evaluaciones físicas y cualesquiera otros parámetros no indican anomalías. No suele ser necesario establecer modificaciones en el tratamiento de los pacientes de este grupo.

1.2.2. ASA II

Los pacientes ASA II tienen una leve enfermedad sistémica o son pacientes sanos (ASA I) con ansiedad extrema o miedo al odontólogo. Estos pacientes toleran el estrés menos que los pacientes ASA I, aunque siguen presentando un riesgo mínimo durante el tratamiento odontológico. El tratamiento de rutina ira enfocado a posibles modificaciones terapéuticas.

Pacientes que presentan ASA II:

- 1.- Diabetes mellitus no insulino dependientes (DMNID) bien controlada.
- 2.- Epilepsia bien controlada.
- 3.- Asma bien controlada.
- 4.- Procesos hiper o hipotiroideos bien controlados en tratamiento y actualmente con una función tiroidea normal (eutiroideo).
- 5.- Pacientes ASA I con infección de las vías respiratorias altas (IRA).
- 6.- Mujeres sanas embarazadas (solo durante la gestación).
- 7.- Pacientes por lo demás sanos, con alergias (en especial fármacos).
- 8.- Pacientes, por lo demás sanos, con miedo extremo al odontólogo.
- 9.- Pacientes sanos mayores de 60 años.
- 10.- Adultos con tensión arterial de 140-159 mm Hg. y/o 90-94 mm Hg.

1.2.3. ASA III

Los pacientes ASA III presentan una enfermedad sistémica grave que limita su actividad, pero o le incapacita. En reposo no muestra signos ni síntomas de sufrimiento pero lo harán si se les somete a un estrés fisiológico o psicológico.

Pacientes que presentan ASA III:

- 1.- Angina de pecho estable.
- 2.- Estado postinfarto >6 meses, sin signos ni síntomas residuales.
- 3.- Estado postaccidente cerebro vascular >6 meses, sin signos ni síntomas residuales.
- 4.- Diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) bien controlada.
- 5.- Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) con ortopnea y edema de tobillos.
- 6.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema o bronquitis crónica.
- 7.- Asma inducida por ejercicio.
- 8.- Epilepsia no totalmente controlada.
- 9.- Procesos hiper o hipotiroideos sintomáticos.
- 10.- Adulto con tensión arterial de 160-199 mm Hg y/o 95-114 mmHg.

1.2.4. ASA IV

Los pacientes ASA IV presentan una enfermedad incapacitante que interfiere constantemente en sus vidas, presentan un problema médico de mayor importancia que el mismo tratamiento dental. Esta clasificación representa una "luz roja" una bandera de aviso que indica que el riesgo de tratar a estos pacientes es demasiado alto para permitir un cuidado electivo.

En situaciones que requieran una inmediata intervención se recomienda que el paciente reciba cuidados en un centro de cuidados agudos.

Pacientes que presentan ASA IV:

- 1.- Angina de pecho inestable.
- 2.- Infarto de miocardio en los últimos seis meses.
- 3.- ACV en los últimos seis meses.
- 4.- Adulto con tensión arterial superior a 200 mm Hg y/o 115 mm Hg.
5. - ICC o EPOC graves.
6. - Epilepsia no controlada.
7. - Diabetes insulínica no controlada.

1.2.5. ASA V

Los pacientes ASA V son moribundos que no se espera que sobrevivan 24 horas, con o sin la intervención prevista. Los pacientes ASA V son casi siempre terminales y hospitalizados. En muchas instituciones se les considera NIR (no intentar reanimación). El tratamiento dental está definitivamente contraindicado en estos casos; sin embargo, puede ser necesario algún cuidado urgente con fines estrictamente paliativos.

Pacientes que presentan ASA V:

- 1.- Neuropatías terminales.
- 2.- Hepatopatías terminales.
- 3.- Cáncer terminal.
- 4.- Enfermedades infecciosas en fase terminal.

Es necesario señalar la importancia de la valoración preoperatoria ya que nos sirve para prevenir alguna situación de emergencia que se pueda presentar en un paciente aparentemente sano o sistémicamente comprometido. En base a ello prevenir que se presente una situación de emergencia y en caso de que se presentara saber como actuar.

1.3 EVALUACIÓN PREOPERATORIA.

La evaluación preoperatoria implica la evaluación física que se empleara para analizar los pasos destinados a cumplir los objetivos previamente mencionados.

La evaluación física en odontología consta de tres pasos:

- 1.- Cuestionario de historia medica.
- 2.- Examen físico.
- 3.- historia dialogada.²

1.3.1 CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA.

La anamnesis o interrogatorio es trascendente porque nos informa de datos subjetivos que sólo pueden ser obtenidos a través de la entrevista con el paciente, tiene valor diagnóstico y terapéutico, pues este diálogo entre paciente y odontólogo hace surgir una relación con influencia reciproca.

La imposibilidad de realizar el interrogatorio directo, como en pacientes comatosos, con trastornos mentales o algún otro impedimento físico o psíquico, obligan que se realice indirectamente con las personas que conozcan mejor al paciente.

El interrogatorio debe realizarse en un sitio adecuado, en un ambiente de comunidad tanto para el paciente como para el odontólogo en condiciones de temperatura, iluminación, ventilación y tranquilidad que facilite la conversación con la cual debe iniciarse la relación odontólogo-paciente.

El formulario es útil para determinar el riesgo del paciente durante el tratamiento.³

A continuación se revisara el cuestionario, para analizar la importancia básica de cada una de las preguntas que integran la historia clínica.

1.3.1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Este se inicia a partir de que el odontólogo establece su relación con el paciente, de tal manera que al presentarse, en el saludo, obtiene simultáneamente los primeros datos de la ficha de identificación, como edad aparente, facies, fonación, actitud, compleción, constitución, conformación, movimientos anormales, marcha, al mismo tiempo se pueden o no generar hipótesis.

En la ficha de identificación se anotaran: nombre del paciente, edad, sexo, lugar de residencia, domicilio, teléfono, ocupación, escolaridad, persona responsable o a quien pueda darse informes o pedirse datos del paciente, número de expediente, fecha y hora de elaboración, nombre del médico, dirección y teléfono del mismo.⁴

1.3.1.2 PADECIMIENTO ACTUAL.

Es una corta exposición del paciente sobre su padecimiento, a manera de tribuna libre que el odontólogo debe anotar, servirá de base para iniciar la selección de los principales síntomas, ligada a datos de inspección general.

La estructura de los principales síntomas establecen en forma inicial las etapas de este padecimiento actual que se va enriqueciendo a medida que se avanza en el interrogatorio y que continúa con la exploración física.

1.3.1.3 INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Mencionar la sintomatología que puede tener el paciente en el momento actual, no la del pasado.

El interrogatorio por aparatos y sistemas obliga a tener presentes las manifestaciones de sufrimiento en cada uno de ellos, de acuerdo a las alteraciones fisiopatológicas que las han generado y que el odontólogo debe conocer en su patogenia, tanto como los tecnicismos empleados para designarlas; así:

1.3.1.3.1 APARATO DIGESTIVO.

Disfagia, odinofagia, hiperoxia, polifagia, pirosis, regurgitación, eructos, náuseas, vómito, dolor abdominal, flatulencia, distensión abdominal, hematemesis, melena, diarrea, estreñimiento, prurito anal, sangrado anal, tolerancia a los alimentos, ictericia, otros.

1.3.1.3.2 APARATO RESPIRATORIO.

Rinorrea, epistaxis, obstrucción o prurito nasal, estornudos disfonía, tos, expectoración, disnea, cianosis, hemoptisis, dolor torácico, otros.

1.3.1.3.3 APARATO CARDIOVASCULAR.

Palpitaciones, disnea, cianosis, dolor precordial, edema, síncope, o lipotimia, tolerancia de ejercicio, otros.

1.3.1.3.4 SISTEMA ENDOCRINO.

Poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida de vello axilar o púbico, hirsutismo, ginecomastia, cambios de voz, tolerancia a frío o calor, crecimiento estatural (facial, manos, pies) lento o rápido, variación del peso corporal, diaforesis, sequedad cutánea, nerviosismo, temblor, hiperactividad, acumulo anormal de grasa, acné, exoftalmos, libido, otros.

1.3.1.3.5 SISTEMA HEMOLINFÁTICO.

Petequias, equimosis, hematoma, sangrado espontáneo de mucosas (epistaxis, gingivorragias, hematemesis, melena, hematuria) sangrado prolongado de heridas, edema, adenomegalias, palidez, cianosis, otros.

1.3.1.3.6 SISTEMA GENITOURINARIO.

Poliuria, polaquiuria, hematuria, disuria, nicturia, dolor lumbar, incontinencia urinaria, urgencia urinaria, expulsión de cálculos, escurrimiento uretral, preferencia sexual, otros.

ADEMÁS DE EN MUJERES:

Leucorrea, dismenorrea, prurito vaginal, fecha de última menstruación, menorragia, amenorrea, embarazo, otros.

1.3.1.3.7 SISTEMA NERVIOSO

Paresia, parestesia, motilidad general, temblores, cefalea, vértigo, convulsiones, diplopia, visión borrosa, escotomas, audición, tinitus, insomnio, angustia, depresión, memoria, atención, afectividad, delirios, otros.

1.3.1.3.8 MÚSCULO ESQUELÉTICO

Artralgias, artritis, deformidad articular, limitación del movimiento articular, chasquidos articulares, fuerza muscular, atrofia muscular, otros.

1.3.1.3.9 SISTEMA TEGUMENTARIO

Máculas, pápulas, vesículas, ampollas, ronchas, úlceras, prurito, diaforesis, sequedad cutánea, caída de vello o pelo, descamación cutánea, deformidad de uñas, otras.

1.3.1.4. SINTOMAS GENERALES

Hiporexia o anorexia, fiebre, astenia, adinamia, diaforesis, calosfríos, pérdida de peso corporal.

1.3.1.5 ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

Importa averiguar si los padres, hermanos, hijos, abuelos, tíos o primos del paciente, sufren algún padecimiento que sea igual o equivalente al del enfermo, para invocar una relación genética y orientar nuestra indagación en este sentido. Diabetes, tuberculosis, obesidad, neoplasias, cardiopatías, hipertensión, artritis, hemofilia, alergias, padecimientos mentales, epilepsia, alcoholismo, adicción a drogas, malformaciones congénitas, otras.

1.3.1.6 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

1.3.1.6.1 NEONATALES Y DE LA INFANCIA.

Duración del embarazo, radiaciones, fármacos e infecciones durante el embarazo, duración del parto, atención médica del parto, condiciones al nacimiento (llanto, cianosis), otros.

Sarampión, rubéola, varicela, escarlatina, tuberculosis, fiebre reumática, cardiopatías, epilepsia, hepatitis, amigdalitis, hemorragias, otras.

1.3.1.6.2 JOVENES Y ADULTOS

Enfermedades de transmisión sexual, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio, nefropatías, úlcera péptica, endocrinopatías, otras.

1.3.1.6.3 QUIRÚRGICOS

Cirugía bucal, apendicetomía, amigdalotomía, histerectomía, otras. Fecha, complicaciones, tipo de anestesia y complicaciones.

1.3.1.6.4 TRAUMÁTICOS

Caídas, fracturas, heridas, quemaduras. Fecha, evolución.

1.3.1.6.5 TRANSFUSIONALES

Fecha, causas, producto transfundido, reacciones, donante.

1.3.1.6.6 ALÉRGICOS

Medicamentos, alimentos, pólenes, cosméticos, productos dentales, pelo de animales, antisueros, otros.

1.3.1.6.7 ADICCIONES

Alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, opioides, anfetaminas, otros.

1.3.1.6.8 ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

Menarca, ritmo, inicio de actividad sexual, embarazos, partos, abortos, cesáreas, toxemias, menopausia, otros,

1.3.1.7 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

1.3.1.7.1 HABITACIÓN

Número de habitaciones, tipo de construcción, iluminación, ventilación, agua potable, drenaje, número de habitantes.

1.3.1.7.2 ALIMENTACIÓN

Número de comidas al día, cantidad de líquidos ingeridos (tipo), frecuencia con que come: leche, carne, huevos, frutas, leguminosas, verduras, cereales, alimentos entre comidas (tipo).

Niños: alimento al pecho materno u otra leche (tiempo, tipo), lactación.

1.3.1.7.3 HIGIENE

Baño general, cambio de ropa, lavado de manos, aseo bucal, (técnica, cepillo, enjuagues, hilo dental).

1.3.1.7.4 INMUNIZACIONES

Poliomielitis, tuberculosis, DPT, triple viral, sarampión, hepatitis B, otras.

1.3.1.7.5 DEPORTES

Especificar la actividad deportiva, frecuencia, tiempo de práctica.

1.3.1.8 EXÁMENES, TERAPEUTICA Y DIAGNÓSTICOS ANTERIORES.

Anotaciones no relacionadas con padecimiento actual.

Anotar todos los estudios realizados con fecha y resultado. Anotar los fármacos que han recibidos o esté recibiendo el paciente (tiempo de administración, dosis, resultados), otras terapéuticas empleadas, (acupuntura, psicoterapia, herbolaria, otras).

Anotar los diagnósticos previos, investigar que recursos auxiliares de diagnóstico se emplearon.

Indagar si se realizaron en Instituciones públicas o privadas.

1.3.1.9 EXPLORACIÓN FÍSICA

La principal utilidad de la exploración física es la de proporcionar al médico una importante información sobre el estado físico del paciente, inmediatamente antes de comenzar el tratamiento, en contraste con la del cuestionario, que proporciona una información histórica y anecdótica. La exploración física debe realizarse en la primera visita, antes de iniciar tratamiento alguno.³

La exploración física en la clínica odontológica sigue los siguientes pasos:

1.- Monitorización de los signos vitales.

Los signos vitales de base deben ser medidos, siempre que sea posible, antes de comenzar cualquier tratamiento dental, existen seis signos vitales:

- a) Tensión arterial
- b) Frecuencia (pulso) ritmo cardiaco
- c) Frecuencia respiratoria
- d) Temperatura
- e) Talla
- f) Peso

2.- Inspección visual del paciente.

La observación visual del paciente puede proporcionar al médico información valiosa sobre su estado de salud y su aprensión hacia el odontólogo. La observación de la postura del paciente, movimientos corporales, habla o piel

pueden ayudar a diagnosticar posibles procesos significativos, que previamente que podrían haber pasado por alto.

El reconocimiento de estos factores permitirá al médico realizar las necesarias modificaciones en el tratamiento.

3.- Pruebas funcionales, si es necesario.

4.-Auscultación cardíaca y pulmonar, monitorización (es decir, electrocardiograma) y pruebas de laboratorio, en caso necesario.²

1.3.1.9.1 INSPECCIÓN GENERAL

Sexo, edad aparente, marcha, facies, actitud, constitución, conformación, complexión, movimientos anormales, estado de la consciencia, actitud psicológica, cuidado personal, cooperación.

CABEZA

Cráneo: forma y volumen, pelo (brillo, fragilidad, color, alopecia), exostosis, hundimientos.

Cara. Color de la piel (ictericia, palidez, cianosis, rubicundez) nevos, Petequias, efélides, hirsutismo, acné, neoformaciones, otros.

Ojos. Pelo de cejas y pestañas, aberturas palpebrales, epicanto, ptosis, exoftalmos, conjuntivas, tamaño de pupilas, reflejos a la luz, cornea.

Nariz. Forma, volumen, tabique nasal, secreciones, mucosa.

Oídos. Implantación, forma, volumen, conducto auditivo.

CUELLO

Tamaño, forma, volumen, movilidad, contracturas, puntos dolorosos. Ingurgitación yugular, cadenas ganglionares, posición de la tráquea, movimiento traqueal a la deglución, glándula tiroides.

TRONCO

La exploración del tronco sólo será mediante inspección, en casos particulares se hará completa.

Forma, volumen, observa la movilidad torácica y abdominal durante los ciclos respiratorios. Tratar de detectar ruidos respiratorios anormales, audibles sin estetoscopio.

En abdomen observar el tamaño.

EXTREMIDADES

De especial importancia son las extremidades superiores; observar sobre todo al momento de tomar la tensión arterial: color de la piel, tatuajes, cicatrices, deformidad de las manos, estado de hidratación de la piel, movimientos anormales, forma y tamaño de las manos, pliegues palmares. En uñas observar engrosamiento, deformidad, estrías, color de lecho ungueal. Buscar signos de inflamación articular, dolor a la palpación, atrofas musculares.

En extremidades inferiores (si están descubiertas en partes), observar color de la piel, úlceras, edema, deformidad articular, otros.

1.3.1. 10 DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN SISTÉMICO.

Anotar en este apartado el o los diagnóstico de presunción o en su caso los juicios acerca del estado de salud del paciente.

1.3.1. 11 EXPLORACIÓN BUCAL.

Utilizar todos los métodos de exploración (inspección, palpación, percusión, auscultación, olfacción, armada).

1.3.1. 11.1 LABIOS

Color, forma, volumen, humedad, frenillos, textura, consistencia, movilidad, orificio bucal, saliva de glándulas menores.

1.3.1. 11. 2 CARRILLOS

Color, humedad, textura, consistencia, conductos parotídeos, saliva, línea alba bucal.

1.3.1. 11. 3 VESTÍBULOS

Color, humedad, textura, consistencia, frenillos.

1.3.1. 11. 4 LENGUA

Color, forma, volumen, humedad, papilas, consistencia, movilidad, gusto, frenillo, vasos raninos.

1.3.1. 11. 5 PISO DE BOCA

Color, textura, humedad, consistencia, conductos salivales.

1.3.1. 11. 6 PALADAR

Color, textura, humedad, consistencia, movilidad, úvula, pilares anteriores.

1.3.1. 11. 7 DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN BUCAL.

Anotar en este apartado él o los diagnóstico de presunción bucales o en su caso los juicios acerca del estado de salud bucal del paciente.

1.3.1. 12 NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR.

1.3.1. 13 NOMBRE Y FIRMA DEL DOCTOR.⁵

1.3. 2 HISTORIA DIALOGADA.

Una vez que se realizó la historia médica y la exploración médica sigue el proceso de análisis con el paciente y se denomina historia dialogada y forma parte del proceso de evaluación. En la historia dialogada el medico debe utilizar todos sus conocimientos sobre la enfermedad para valorar exactamente el nivel de riesgo que supone.

1.4 RIESGOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

Una vez completados todos los componentes de la evaluación física y una cuidadosa exploración odontológica, y decidido el tratamiento dental, el médico debe recopilar toda esta información y contestarse las preguntas siguientes:

- 1.- ¿es el paciente capaz fisiológica y psicológicamente, de tolerar, con una seguridad relativa, el estrés asociado al plan terapéutico propuesto?

- 2.- ¿presenta el paciente un riesgo superior al normal, en cuanto a morbilidad y a mortalidad, durante el tratamiento dental previsto?

- 3.- si el paciente tiene un riesgo superior al normal, ¿Qué modificaciones terapéuticas, si hay alguna, deben realizarse para administrar durante el tratamiento?

4.- ¿el riesgo es tan elevado que afecta la seguridad del paciente en la consulta odontológica?

La meta de este sistema es valorar el estado físico general del paciente previo a la cirugía, al no valorar los riesgos quirúrgicos se podría descuidar el impacto de la cirugía, en los resultados de los pacientes.

El riesgo en la modificación de la clasificación ASA por parte de nosotros llega a ser clínicamente importante en comparación con la prevención del cuidado de la salud así como la falta de precisión, la pobre coherencia y quizás la iniciativa imprecisa, esto a su vez daría pie para aumentar el riesgo de sistemas de modificación en clasificaciones ya establecidas.²

2. OBJETIVO

Determinar el porcentaje de pacientes atendidos de primera vez en cada clase ASA en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM durante el ciclo lectivo 2006 - 2007

3. HIPÓTESIS.

Por tratarse de un estudio descriptivo, no requiere de hipótesis

Variables	Definición operacional	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio que declare el paciente en años cumplidos.	Cuantitativa discreta
Sexo	Es "constituyente" de la persona. Eres varón y mujer desde tu misma raíz no solo reflejado en tus órganos genitales, si no también en tu psicología y en su alma.	
Peso	Es el índice de masa corporal un indicador de peso de una persona en relación a su altura.	
Talla	Puede ser referencia a la estatura o al número de calzado. ⁶	
Clasificación ASA		Cualitativa nominal
ASA I	paciente normal o sano	
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve y sin limitaciones funcionales	
ASA III	Individuo con enfermedad sistémica de grado moderado a grave, que origina cierta limitación funcional	
ASA IV	Un paciente con enfermedad sistémica grave que es amenaza constante para la vida incapacitante a nivel funcional.	
ASA V	Entero moribundo que no se espera que sobreviva 24h con o sin cirugía.	
ASA VI	Un paciente con muerte cerebral	

	cuyos órganos se toman para transplante	
--	--	--

4. MÉTODOS

Se incluyeron 21,734 registros electrónicos de la base de datos de la clínica de admisión correspondientes a pacientes de primera vez en el edificio central de la Facultad de odontología de la UNAM, de Agosto 2006 a junio de 2007, el análisis descriptivo se realizó con el programa estadístico SPSS 11.0⁷ se emplearon proporciones para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central para las variables cualitativas.

5. RESULTADOS

Se analizaron los registros de 21,734 pacientes, cuyas características sociodemográficas fueron las siguientes:

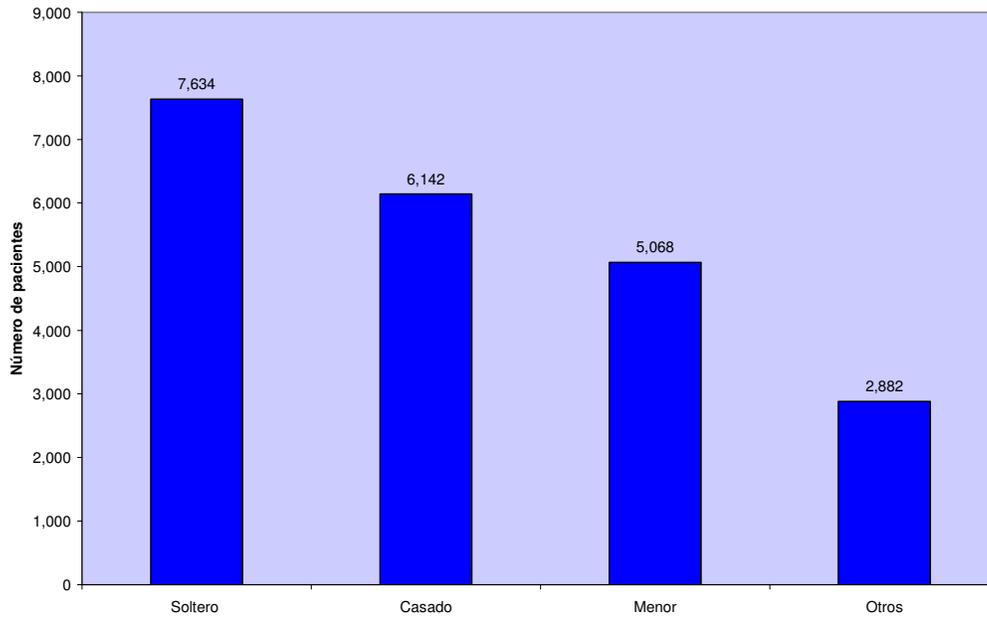
Predominó el sexo femenino, constituyendo el 57.9% (12,586), de los pacientes, la edad promedio fue de 31 ± 19 años con un mínimo de 0 y máximo de 96 años.

Estado civil predominante fue soltero con un 35%, y otros con 13.4 (cuadro 1, Gráfica 1).

Cuadro 1. Distribución del estado civil.

Estado civil	Frecuencia	porcentaje
Soltero	7,634	35%
Casado	6,142	28.3%
Menor	5,068	23.3%
Otros	2,882	13.4%

Gráfica 1.- Distribución del estado civil.

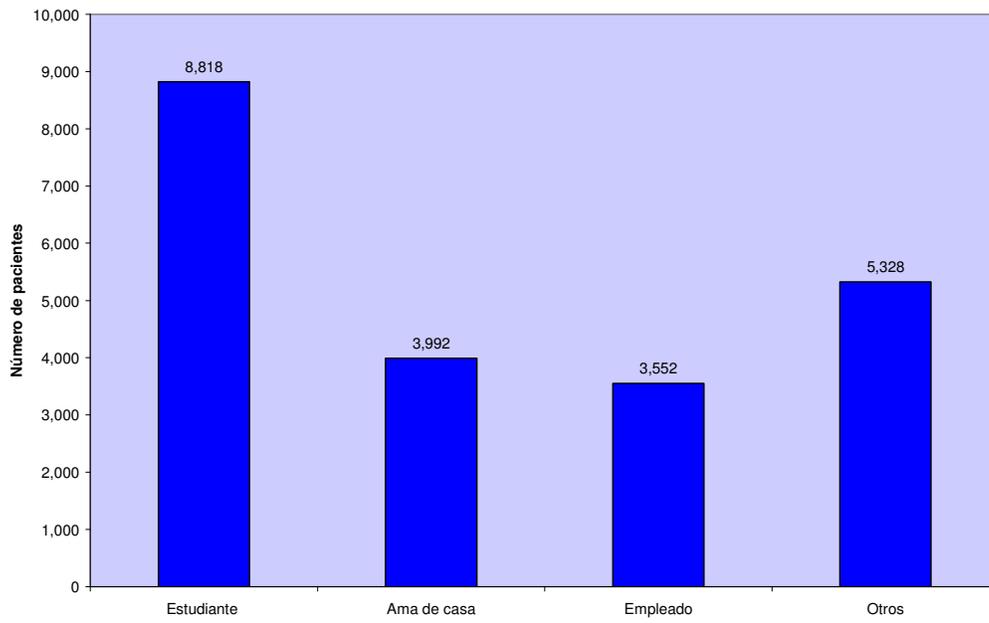


En lo que respecta a la ocupación de los pacientes sobresale la proporción de estudiantes (40.6%) (cuadro 2, gráfica 2).

Cuadro 2.- Distribución de la ocupación de los pacientes.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
estudiante	8,818	40.6%
Ama de casa	3,992	18.4%
empleado	3,552	16.3%
Otros	5,328	24.7%

Gráfica 2.- Distribución de la ocupación de los pacientes.

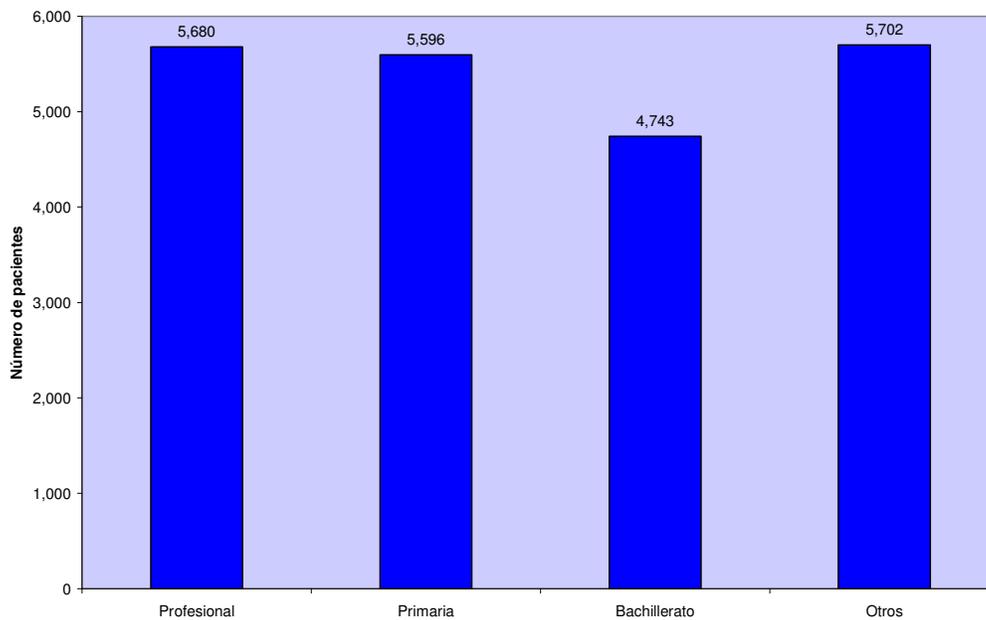


Con relación a la escolaridad de los pacientes las proporciones se distribuyeron de manera muy similar en primaria, bachillerato y profesional, agrupando analfabeta, secundaria, y otros. En otros (cuadro 3, gráfica 3).

Cuadro 3.- Escolaridad de la muestra.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	5,680	26.1%
Primaria	5,596	25.7%
Bachillerato	4,743	21.8%
Otros	5,702	26.2%

Gráfica 3.- Escolaridad de la muestra.

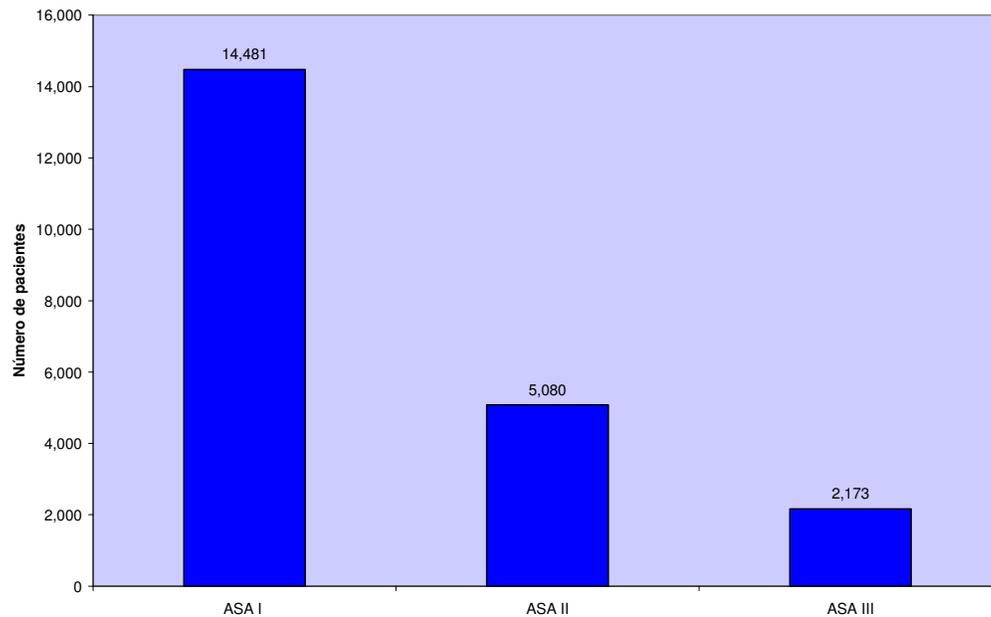


En la clasificación ASA, encontramos que predominan los pacientes de clasificación ASA I (14,481) (cuadro 4, grafica 4).

Cuadro 4.- Resultados de la clasificación ASA.

Clasificación ASA	Frecuencia	Proporción
ASA I	14,481	66.6 %
ASA II	5,080	23.37 %
ASA III	2,173	10.%

Gráfica 4.- Resultados de la clasificación ASA.



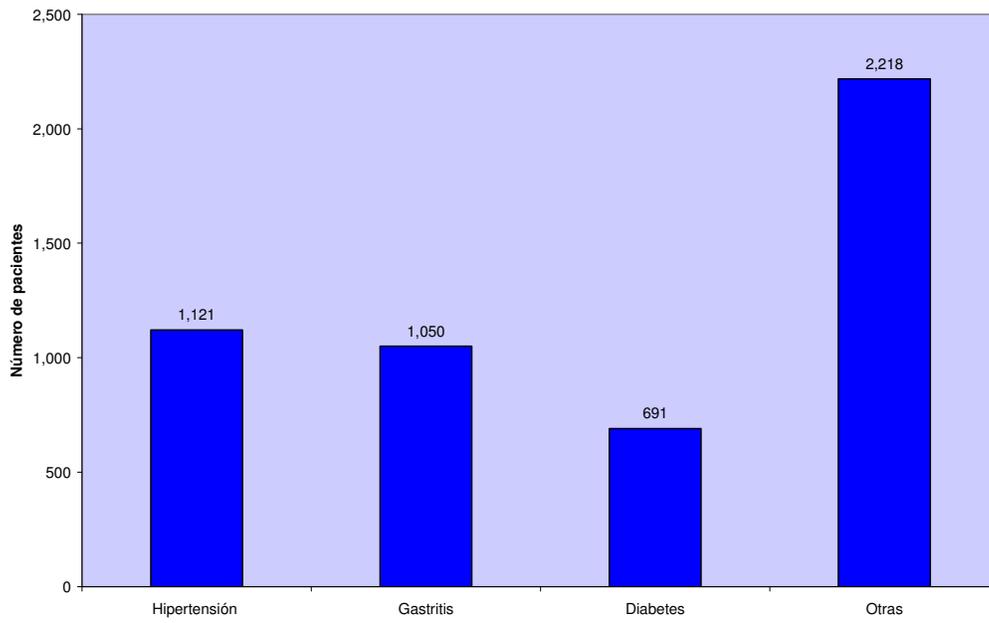
Se hace evidente que los pacientes ASA I constituyen la proporción más abundante en los pacientes atendidos, notando que no hubo pacientes con clasificación ASA superior al grado III.

Analizando la frecuencia de enfermedades dentro de la Clasificación ASA, tenemos que en los pacientes ASA II predomina la enfermedad de hipertensión (1,121) (cuadro 5, grafica 5).

Cuadro 5.- Resultados de la clasificación ASA II.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión	1,121	5.15%
Gastritis	1,050	4.83%
Diabetes	691	3.17%
Otras	2,218	10.20%

Gráfica 5.- Resultados de la Clasificación ASA II.

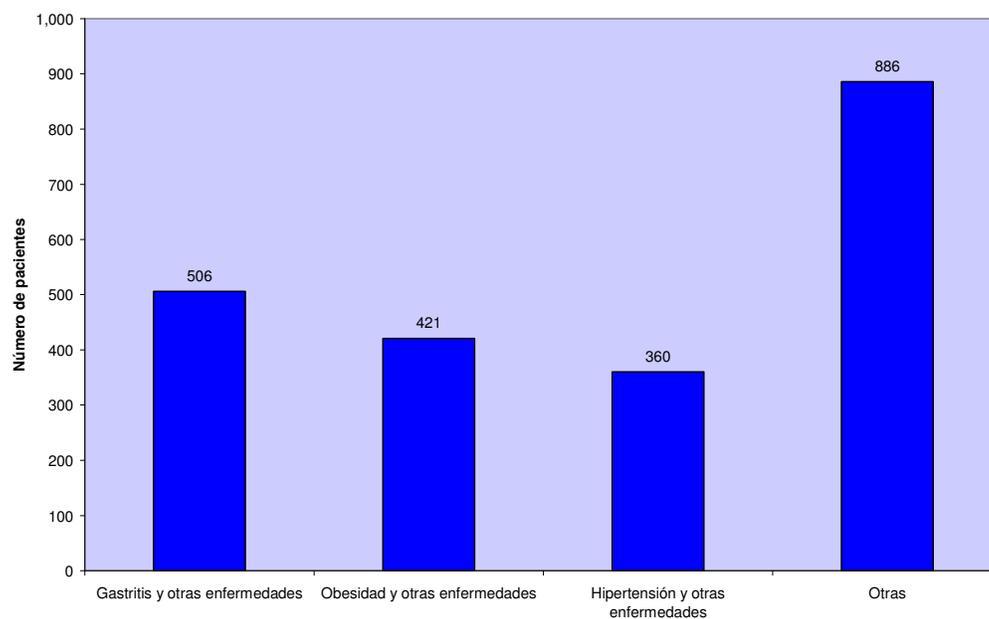


Analizando la frecuencia de enfermedades Clase ASA III predominaron la enfermedades de gastritis y otras enfermedades (506) seguida de obesidad y otras enfermedades (421) (cuadro 6, grafica 6).

Cuadro 6.- clasificación ASA III.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Gastritis y otras enfermedades	506	2.32%
Obesidad y otras enfermedades	421	1.93%
Hipertensión y otras enfermedades	360	1.65%
Otras	886	4.7%

Gráfica 6.- Resultados de la Clasificación ASA III.



6. DISCUSIÓN

Dadas las características de atención ambulatoria a pacientes que acuden a la Facultad De Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se explica el que no asisten pacientes con clasificación ASA mayor a III. Es tranquilizante que la gran mayoría de los pacientes entren en la clase I, lo que redundaría en un riesgo pequeño de que se desencadene una emergencia.

S.R. Haynes en su reporte realizado en una región en el norte de Inglaterra en pacientes con diferentes enfermedades, informa que estos pacientes en su mayoría son ASA II (82.5%).⁸

Ranta S. en su reporte realizado en Finlandia en 10 casos de pacientes con alguna enfermedad se llegó a la conclusión de que como era un país pequeño y homogéneo no había una gran diferencia en la variación, informa que se clasifican los pacientes en las mismas proporciones de ASA I a V.⁹

Menke H. en su reporte realizado en Alemania en pacientes sometidos a cirugía, reporta que en su mayoría estos pacientes son ASA I y tienen menor probabilidad de muerte en comparación con los pacientes ASA IV.¹⁰

CONCLUSIONES

- La Historia Clínica es un documento legal que nos informa sobre el estado de salud del paciente, en base a esto vamos a llegar a un diagnóstico, establecer un tratamiento y poderlo clasificar en base a la ASA para prevenir una situación de emergencia durante la consulta y así poder trabajar sin contratiempos y con mayor seguridad.
- De acuerdo a los resultados obtenidos el predominio de pacientes corresponde a la clasificación ASA I, de sexo femenino con un promedio de edad entre 18 y 22 años.
- Es importante saber que existe un parámetro para clasificar a los pacientes que serán sometidos a anestesia como lo es la clasificación ASA, porque el uso de anestésicos, en su mayoría locales, son infiltrados de manera rutinaria en el paciente. Sin embargo considero que en la práctica odontológica es de importancia particular elaborar una historia clínica completa para poder partir de ella y aplicar esta clasificación.

• 8. REFERENCIAS

1.- Paricio P. Parrilla, M.Jaurieta E. Cirugía AEC manual de la asociación española de cirujanos, ed. Médica panamericana Madrid, España 2005. pp 20-23.

2.- Malamed .S, Urgencias médicas en la consulta de odontología, ed. Mosby/Doyma Libros, Madrid, España pp 30-40

3.- Edgard Jr. Morgan, Anestesiología clínica, ed. El manual moderno México 2003
p-8.

4.- Vicente Blas Cerecedo Cortina, Historia clínica Metodología didáctica, ed. Panamericana México 2003 pp. 13-32.

5.- Facultad de odontología Universidad Nacional Autónoma de México., Historia clínica general. pp 1-5 México 2000

6.- <http://es.wikipedia.org/wiki/peso> consultada en 18 de abril del 2008

7.- Jiménez, P. Base de datos de la clínica de Admisión, Fac. Odont. UNAM 2008, datos no publicados.

8. - S.R. Haynes anaesthesia, An assessment of the consistency of ASA physical status classification allocation.1995, volume 50 pages 195-199.

9- Ranta s. Acta Anaesthesiol Scand. A survey of the ASA physical status classification: significant variation in allocation among finís anaesthesiologists.1997 May; 41(5):629-32.

10.- Henke H. Int Surg. Predictive value of ASA classification for the assessment of the perioperative risk. 1993 Jul- Sep; 78 (3); 266-70.

.