



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DISTRIBUCIÓN POR CLASIFICACIÓN ASA DE LOS
PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS DE URGENCIA DE
LA CLÍNICA PERIFÉRICA AZCAPOTZALCO TURNO
VESPERTINO AGOSTO 2009 – JUNIO 2010.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ERNESTO HERNÁNDEZ QUIROZ

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.



CON MUCHO CARIÑO:

A mis padres:

Saúl Hernández (viejo) y Maria Elena Quiroz (Okaa-sama).

A mis hermanos:

Saúl (Aniki-san), Fidel (Otouto-san) y Tania (Imouto-san).

A mí cuñada Rocío y mi tía Raquel Araceli.

A mis abuelitos:

Rosendo Quiroz (Ojii-chan) y Maria Elena López (Obaa-chan).

A toda mi familia Quiroz:

Tíos, tías, primas y primos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

A la Facultad de Odontología.

Al Dr. Francisco Heredia y Aceves.

A la C. D. M. O. Maria Cristina Heredia Lavín,

A la Lic. Isabel Heredia Lavín.

Al Dr. Juan Miguel Heredia Lavín.

A mi tutor: Mtro. Raúl Díaz Pérez.

CON MUCHO CARIÑO:

A mis profesores de la clínica periférica de Azcapotzalco:

***Dra. Lupita, Dra. Hilse, Dr. Carlitos, Dra. Ely, Dr. Gabriel,
Dra. Marian, Dra. Isaura y Dra. Marisol.***

A mis amigos:

Mariza y Erick (De toda la vida).

Adrián, Jessica y Juan (Facultad de Ciencias).

Mirna y Samia (Cruz Roja Mexicana).

***Zavala, Oscar, Yanet, Toñita, Alejandra, Armando, Leo, Fany,
Paty, Sergio, Cesar, Diana, Aurora, Gaby, Nancy, Chema, Gustavo, Juan
y Adriana
(Facultad de odontología).***

A los pacientes que atendí en la facultad.

“Tlaxtlaui ueyi Ometeótl Yohualli-ehecátl ipalnemohuani.”

Ne totajtsin Ometecuhtli, ne tonantzin Omecíhuatl; inan Huitzilopochtli,

Quetzalcóatl, Tezcatlipoca, niman Xipe Tótec.

Muchas gracias Ometeótl Yohualli-ehecátl dador de vida.

A nuestro padre Ometecuhtli, a nuestra querida madre Omecíhuatl; madre de

Huitzilopochtli, Quetzalcóatl, Tezcatlipoca, y Xipe Tótec.

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. DEFINICIÓN DE CLASIFICACIÓN ASA	9
3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	11
4. ESTADIOS DE LA CLASIFICACIÓN ASA.....	14
5. UTILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN ASA.....	19
6. URGENCIAS ODONTOLÓGICAS.....	21
6.1 Definición.....	21
6.2 Clasificación.....	21
6.2.1 Urgencias dentales por dolor.....	22
6.2.2 Urgencias dentales por fractura dental.....	23
6.2.3 Urgencias dentales por traumatismo bucodental.....	24
6.2.4 Urgencia dental por trastorno de la A.T.M.....	26
6.3 Historia clínica de urgencia.....	27
6.4 Tratamiento de urgencia.....	31
6.4.1 Tratamiento de las urgencias dentales por dolor.....	31
6.4.2 Tratamiento de las urgencias dentales por fractura dental en dentición permanente.....	33
6.4.3 Tratamiento de las urgencias dentales por traumatismo bucodental.....	34
6.4.4 Tratamiento de la urgencia dental por trastorno de la A.T.M.....	35

7. RIESGO DE PRESENTAR UNA EMERGENCIA

DURANTE LA CONSULTA DENTAL.....	36
7.1 Angina de pecho.....	37
7.1.1 Cuadro clínico.....	37
7.1.2 Pacientes susceptibles.....	37
7.1.3 Clasificación ASA.....	37
7.2 Infarto del miocardio.....	38
7.2.1 Cuadro clínico.....	38
7.2.2 Pacientes susceptibles.....	38
7.2.3 Clasificación ASA.....	39
7.3 Crisis hipertensiva.....	39
7.3.1 Cuadro clínico de la crisis hipertensiva.....	39
7.3.2 Pacientes susceptibles.....	40
7.3.3 Clasificación ASA.....	40
7.4 Sincope.....	40
7.4.1 Cuadro clínico.....	40
7.4.2 Pacientes susceptibles.....	41
7.4.3 Clasificación ASA.....	41
7.5 Crisis epilépticas.....	41
7.5.1 Cuadro clínico.....	41
7.5.2 Pacientes susceptibles.....	44
7.5.3 Clasificación ASA.....	44
7.6 Insuficiencia corticosuprarrenal crónica.....	45
7.6.1 Cuadro clínico.....	45
7.6.2 Pacientes susceptibles.....	46
7.6.3 Clasificación ASA.....	46

7.7 Crisis tirotóxica.	47
7.7.1 Cuadro clínico.	47
7.7.2 Pacientes susceptibles.	48
7.7.3 Clasificación ASA.	49
7.8 Hipoglucemia.....	49
7.8.1 Cuadro clínico.	49
7.8.2 Pacientes susceptibles.	50
7.8.3 Clasificación ASA.	50
7.9. Edema angioneurótico.....	50
7.9.1 Cuadro clínico.....	50
7.9.2 Pacientes susceptibles.	51
7.9.3 Clasificación ASA.	51
7.10 Shock anafiláctico.....	51
7.10.1 Cuadro clínico.	51
7.10.2 Pacientes susceptibles.	52
7.10.3 Clasificación ASA.	52
7.11 Crisis asmática.	52
7.11.1 Cuadro clínico.	52
7.11.2 Pacientes susceptibles.	53
7.11.3 Clasificación ASA.	53

8. DISTRIBUCIÓN POR CLASIFICACIÓN ASA DE LOS PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS DE URGENCIA DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA AZCAPOTZALCO TURNO VESPERTINO; AGOSTO 2009 – JUNIO 2010.....	54
8.1 Métodos.	55
8.2 Resultados.	55
9. DISCUSIÓN.....	58
10. CONCLUSIONES.....	61
11. PROPUESTAS.....	61
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	62

1. INTRODUCCIÓN

La clasificación ASA, se encarga de categorizar a los pacientes en base a su estado de salud y a la severidad de su enfermedad sistémica con el fin de evitar hacer un daño mayor en el paciente.

Uno de los motivos principales de consulta odontológica es aquel vinculado al dolor, y antes de iniciar el tratamiento es necesario realizar una historia clínica de urgencia e identificar a los pacientes médicamente comprometidos y su relación con la clasificación ASA.

Este sistema también permite comparar las características de salud de las poblaciones y los tipos de pacientes que acuden a solicitar atención odontológica de urgencia.

Se realizó un estudio de las historias clínicas de urgencia de los pacientes adultos atendidos en la Clínica Periférica Azcapotzalco turno vespertino de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M., situándolos dentro de la clasificación ASA correspondiente. Durante el estudio se noto que más de la mitad de la población que acudió a consulta se clasifico como ASA I, el 26.5% se situaron en ASA II, y el 7.8% obtuvieron clasificación ASA III.

2. DEFINICIÓN DE CLASIFICACIÓN ASA

La clasificación ASA PS (American Society of Anesthesiologists Physical Status) es una clasificación de la severidad de la enfermedad que el paciente padece ubicándolo en una escala¹. En 1941 la primera referencia a la clasificación la encontramos por parte de sus creadores, los doctores: Meyer Saklad, Emery Rovenstine e Ivan Taylor. Quienes la definían como:

“Una clasificación y calificación del paciente en relación con su estado físico a efectos del registro de anestesia y para cualquier evaluación futura de los agentes anestésicos o procedimientos quirúrgicos”¹

Definiendo como “Estado físico” a la relación entre el resultado, el procedimiento quirúrgico y el estado preoperatorio del paciente que puede ser útil para fines estadísticos. ¹ A lo largo de 60 años el sistema ASA, ha sido la clasificación de los pacientes con antecedentes médicos según el riesgo, permitiendo distinguir a los pacientes que se pueden tratar sin ningún tipo de problema, y aquellos en los que cualquier técnica invasiva o por mínima que sea puede producir un gran daño en la salud del paciente². Al evaluar el riesgo que la anestesia general plantea a los pacientes, se ha modificado para los pacientes odontológicos en los que se emplea anestesia local ³ con el único propósito de evaluar el estado físico del paciente antes de administrar la anestesia. También se ocupa como una herramienta importante de apreciación subjetiva que clasifica a los pacientes en subgrupos por estado físico preoperatorio antes de la administración de anestesia⁴, estimando el riesgo que tiene el paciente durante una intervención quirúrgica,⁵ al ser un método factible se ha aplicado a todos los pacientes quirúrgicos, independientemente de la técnica de anestesia (general, regional, sedación).⁶

Por medio de la clasificación ASA se le puede indicar al paciente su estado de salud general, predecir el riesgo y así decidir si debe tener o debería haber tenido una operación⁷, debido a que ha sido empleado como un predictor significativo de morbilidad y mortalidad en pacientes quirúrgicos que no evalúa el riesgo quirúrgico en sí, ya que deja de lado el impacto de la cirugía por sí misma sobre los resultados del paciente⁸, al estratificar la enfermedad sistémica del paciente que indirectamente puede conducir a acontecimientos adversos.⁹ Muchos de los autores coinciden en clasificar a los pacientes preoperatoriamente en base a las enfermedades sistémicas que presentan, debido al riesgo que puede significar el emplear un anestésico local durante el tratamiento odontológico. También puede mejorar la comunicación con el paciente al informarle su estado de salud sin embargo, no deja de ser una herramienta subjetiva aplicable a todo el paciente, útil para evaluaciones futuras.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En 1940 Un comité de la Sociedad Americana de Anestesiastas formado por los doctores Meyer Saklad, Emery Rovenstine e Ivan Taylor y facultados por dicha sociedad, fueron convocados para examinar, experimentar y diseñar un sistema para la recolección y tabulación de datos estadísticos en la anestesia. Para que este sistema fuera útil sería necesario establecer definiciones arbitrarias de las variables. Esto era importante ya que los que las emplearían podrían utilizar términos y definiciones a fin de generar una lengua común y un mutuo entendimiento. Entre las muchas variables que consideraron era uno llamado "Riesgo Operativo", el cual es la clasificación de un paciente con referencia a su capacidad para aguantar la cirugía. La asignación de una calificación al paciente en forma de un número como 1, 2, 3, 4, una letra como a, b, c, d, o en un intento de ser más explícito, buena, regular, mala o grave.¹ Sin embargo un intento de análisis de un paciente con cierto grado de "Riesgo Operativo" debía considerar muchos factores que podían influir en el resultado, como la condición física del paciente, factores adicionales, tales como el procedimiento quirúrgico previsto, la capacidad y habilidad del cirujano, la atención a los cuidados postoperatorios, la experiencia del anestesiasta en circunstancias similares, etc. También se puede entender que un determinado paciente puede variar en el grado de "Riesgo Operativo", que depende del tipo de procedimiento quirúrgico a realizar. El intento de determinar el "Riesgo Operativo" de un paciente podía ser un útil en el pronóstico, pero la clasificación de los pacientes era inútil desde el punto de vista estadístico por el excesivo número de variables a considerar, el enorme grado de variación en diferentes clínicas y médicos y la completa falta de acuerdo en cuanto a la definición de términos.¹

Por lo que se desestimo esa idea y que a efectos del registro de anestesia y para cualquier evaluación futura de los agentes anestésicos o procedimientos quirúrgicos, lo mejor sería clasificar y calificar al paciente en relación con su estado físico que podía ser útil para fines estadísticos. Al emplear el sistema estadístico elaborado por esa comisión, sería posible correlacionar el resultado, el procedimiento quirúrgico y el estado preoperatorio del paciente. Es esta condición preoperatoria se llamaría "Estado Físico".¹ La clasificación original ASA-PS desarrollada en 1941 tuvo seis categorías (C1 a C6), que se clasificaron de acuerdo a las alteraciones sistémicas que van desde la ausencia de patología a moderada, severa y extrema.⁴ En 1961 se implemento un sistema de clasificación de 5 categorías en las que se ubica el estado de salud sistémico del paciente. En 1962 la American Society of Anesthesiologists adopto la clasificación que actualmente se conoce como sistema ASA de clasificación del estado físico (American Society of Anesthesiologists Physical Status).⁵ En 1963 se comenzó a utilizar como una evaluación preoperatoria para predecir la mortalidad y la morbilidad perioperatoria.¹⁰ En 1978, William D. Owens, MD, y sus colegas evaluaron la consistencia de la evaluación ASA PS, enviando un cuestionario a 255 anesthesiólogos a los que les presentaron 10 escenarios hipotéticos, de los cuales seis fueron clasificados idénticamente a las evaluaciones de los autores, pero de los otros cuatro se deducía una amplia gama de respuestas. Llegaron a la conclusión de que la escala ASA PS es una clasificación factible pero sufre de la falta de definición científica.

Un editorial de tres páginas escritas por Arthur Keats, MD, en la misma edición de Anestesiología defendió tanto a la clasificación y sus críticas. Mencionando:

"El asunto es la esperanza en lo que el sistema de clasificación se supone que debe hacer y no hacer. El progreso requiere la repetición periódica de renovar lo que se olvida."⁷

El sistema de clasificación actual fue modificado en 1983, que clasifica a los pacientes según la gravedad de la enfermedad sistémica. Desde su creación, el sistema ASA-PS ha sufrido algunas modificaciones, incluyendo la adición de una "E" a las siglas para referirse a un procedimiento de urgencia (por ejemplo, P3-E).⁴ En el año 2001 el Dr. Owens aclaró por qué el sistema de clasificación de la ASA no predice el riesgo, diciendo: "Desde el principio el riesgo quirúrgico no fue un tema que debía incluirse en el sistema de clasificación, ya que se ve alterado por la naturaleza de la intervención quirúrgica. El riesgo operativo es diferente debido a la cirugía, pero la condición física del paciente es la misma antes de la operación".⁹

4. ESTADIOS DE LA CLASIFICACIÓN ASA

La definición original de la clase 1, considera a pacientes en los cuales no existe patología orgánica o si se presenta, no causa ninguna alteración o anomalía sistémica. Lo que resulta totalmente opuesto e increíble a la clasificación vigente en nuestros días. La primera clase es para darnos un concepto histórico del “paciente saludable” de la década de los 40s, en la que se enfocaban mas por casos de traumatismos, hernias, etc. Pero lo sobresaliente es que los autores hacen énfasis en que la condición física del paciente es la que mas tiene importancia.

Actualmente se ha enfocado a la condición del paciente al caminar o subir las escaleras por su cuenta, pero excluye a los pacientes muy jóvenes y de edad muy avanzada, algo que no se menciona en la primera clasificación.

La definición original de la clase 2, considera enfermedades sistémicas moderadas, llama la atención que maneja infecciones. Hago referencia a las infecciones por que cuando se creo la primera clasificación, la población era muy susceptible a tener complicaciones por infecciones bacterianas. La industria farmacéutica seguía evolucionando y su desarrollo se impulso con la segunda guerra mundial y aunque la penicilina fue descubierta en 1929, su significado sólo se apreció en su totalidad hasta 1941 cuando los científicos aislaron una cantidad suficiente para administrarla a 9 pacientes con un éxito asombroso, por lo que la llamaron en ese tiempo el “fármaco milagroso” y comenzó con su producción masiva. Actualmente se cuenta en el mercado con una gran diversidad de antibióticos, pero en la década de los 40, no era habitual.

En la actualidad se ha modificado en manejar hábitos como el tabaquismo o enfermedades sistémicas controladas, como la diabetes o la hipertension.

La definición original de la clase 3, considera enfermedades sistémicas en las cuales no podían determinar con exactitud su gravedad. La insulina necesaria para los pacientes diabéticos, era de origen animal y no estaba al alcance de todos los pacientes, faltarían 14 años (1955) para que fuera sintetizada, pero al continuar los casos muchos casos se agravaban. También muchas de las enfermedades mortales de la época, como la neumonía, difteria y tuberculosis seguían incontroladas, y por eso es que esta última es mencionada dentro de las características de la clase 3, a pesar de contar desde 1921 con una vacuna, sería hasta 1952 cuando la tuberculosis se convertiría en una enfermedad curable con la aparición de la isoniacida.

Actualmente continúa manejando pacientes diabéticos, padecimientos cardíacos y enfermedades pulmonares crónicas pero el riesgo ha sido minimizado y se enfoca más a la limitación de las actividades del paciente.

La definición original de la clase 4, considera trastornos sistémicos que para la época causaban daños irreversibles en el organismo especialmente en pacientes con un estado físico muy pobre y consideraban a la pérdida de sangre como uno de ellos, apenas habían pasado pocos años desde la fundación del primer Banco de Sangre (1937) y a pesar de haber determinado que las transfusiones de sangre serían una forma casi cotidiana de ayudar a los enfermos, faltaría tiempo, para que se generalizara.

Actualmente se ha modificado en manejar enfermedades sistémicas que constituyen una amenaza para la vida ejemplificando a aquellas que no están controladas o que empeoran incluso al tomar el medicamento.

La definición original de la clase 5, considera emergencias que podrían entrar en clase 1 o clase 2

Actualmente se ha modificado en describir al paciente moribundo que no se espera que viva, con o sin operación

La definición original de la clase 6, considera emergencias que se podrían clasificar como clase 3 o 4, sin embargo los autores no especifican ejemplos.

Actualmente se ha modificado en el paciente con muerte cerebral considerándolo un donador potencial de órganos.

Los grados de clasificación ASA, fueron creados para evaluar y clasificar al paciente en función de su estado físico. Su adaptabilidad según la época y circunstancias puede dar cuenta del desarrollo de la medicina.

(Cuadros 1 y 2)

Cuadro 1 - Clasificación ASA-PS original (1941) ¹

CLASE	DEFINICIÓN	CARACTERISTICAS
Clase 1	Pacientes en los que se localiza el proceso patológico y no causa ninguna alteración o anomalía sistémica. O no existe patología orgánica	Pacientes con fracturas sin choque, pérdida de sangre, embolias o signos sistémicos de lesiones. Malformaciones congénitas a menos que estén causando perturbaciones sistémicas. Infecciones que se localizan y no causan fiebre, deformidades óseas y hernias no complicadas. Cualquier tipo de operación puede caer en esta clase, ya que sólo la condición física del paciente se considera.
Clase 2	Perturbación sistémica moderada definitiva causada, que se debe tratar mediante intervención quirúrgica o que es causada por otros procesos patológicos existentes.	Diabetes leve, pacientes psicóticos, acidosis leve, anemia moderada, aguda, séptica o faringitis, sinusitis crónica con alta postnatal, sinusitis aguda, infecciones superficiales menores que causan una reacción sistémica (fiebre, malestar general, leucocitosis, etc.), adenoma tóxico de tiroides que produce obstrucción respiratoria parcial, osteomielitis aguda (inicial), osteomielitis crónica. Tuberculosis pulmonar.
Clase 3	Enfermedad sistémica grave. No es posible establecer una medida absoluta de la gravedad, ya que esta es una cuestión de juicio clínico.	Diabetes complicada o grave, combinaciones de las enfermedades del corazón y las enfermedades respiratorias u otras personas que dañan gravemente las funciones normales. Obstrucción completa del intestino que ha existido el tiempo suficiente para provocar perturbaciones fisiológicas graves. Tuberculosis pulmonar con capacidad suficiente para causar taquicardia o disnea. Pacientes debilitados por enfermedad prolongada con debilidad de la totalidad o uno o varios sistemas. Trauma severo de un accidente resultando en un choque, que puede ser mejorado por el tratamiento.
Clase 4	Trastornos sistémicos que se han convertido en una amenaza eminente a la vida, independientemente del tipo de tratamiento. Debido a su duración o naturaleza con daños irreversibles en el organismo.	Capacidad funcional III (descompensación cardiaca). Trauma severo con daños irreparables. Obstrucción completa del intestino de larga duración en un paciente que ya está debilitado. Combinación de enfermedades cardiovasculares. Insuficiencia renal marcada. Paciente en mal estado asociado a pérdida de sangre. Pacientes que deben recibir anestesia para detener una hemorragia secundaria Cirugía de emergencia: Procedimiento quirúrgico que, a juicio del cirujano, se debe realizar sin demora.
Clase 5	Emergencias que se clasificarán en la clase 1 o clase 2	
Clase 6	Emergencias que serían clasificados en la categoría 3 o clase 4	

*Tomado de: Saklad M.; Grading of patients for surgical procedures; Anesthesiology. 1941; 2(3):281-284

Cuadro 2 - Clasificación ASA-PS actual (2008) ⁴

Clase	Descripción	Otras condiciones
C1	Paciente saludable	El paciente es capaz de caminar por lo menos un tramo de escaleras sin angustia o ansiedad, excluye a los muy jóvenes y de edad muy avanzada.
C2	Paciente con enfermedad sistémica leve	Fumadores sin enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad leve, presión arterial controlada con medicamentos, trastornos de la tiroides; diabetes tipo II controlado con dieta o medicamentos; primeros trimestres del embarazo; paciente asmático que ocasionalmente utiliza un inhalador oral, trastorno bajo control con medicamentos, angina estable, paciente extremadamente ansioso con antecedentes de episodios sincopales en el consultorio dental, pacientes que hace 6 meses sufrieron un ataque al corazón pero que no tienen síntomas, pacientes mayores de 65 años.
C3	Paciente con enfermedad sistémica grave que limita las actividades	Diabéticos tipo 1 controlados con insulina, obesidad mórbida, con ataques frecuentes de angina de pecho después de un esfuerzo leve, presión arterial de 160 a 194/95 a 99; en el último trimestre del embarazo cuando se vea comprometido la paciente en determinadas posiciones e incómoda; paciente sometido a quimioterapia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica enfermedad (bronquitis y enfisema); tobillos hinchados (insuficiencia cardíaca); hemofílicos, con ataques asmáticos frecuentes o convulsiones, pacientes que tuvieron un ataque cardíaco en menos de 6 meses, pero que todavía tienen síntomas (por ejemplo, angina de pecho y dificultad para respirar). Se requiere una consulta médica.
C4	Paciente con enfermedad sistémica grave que constituye una constante amenaza a la vida	Diabéticos no controlados, pacientes con dolores en el pecho o dificultad para respirar mientras están sentado, paciente incapaz de subir un tramo de escaleras; paciente que se despierta durante la noche con dolores en el pecho o dificultad respiratoria, pacientes con angina de pecho que empeora incluso con el medicamento; pacientes que cuentan con un tanque de oxígeno, pacientes que tuvieron un ataque cardíaco o accidente cerebro vascular en los últimos 6 meses; con la presión arterial mayor de 200/100.
C5	Paciente moribundo que no se espera que sobreviva sin una operación	
C6	Paciente declarado con muerte cerebral cuyos órganos serán donados	

*Tomado de: William J. Maloney, Mea A. Weinberg; Implementation of the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System in Periodontal Practice; J Periodontol 2008;79:1124-1126

5. UTILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN ASA

Desde su creación en 1941, la clasificación no tiene ninguna relación con el procedimiento quirúrgico, la habilidad del cirujano o anestésista, ni el tipo de anestesia que el paciente va a recibir. Al considerar una clasificación de los pacientes con base a su "Estado físico" existe una menor necesidad de considerar variables. El menor número de factores dará como resultado una definición más común.¹ El sistema de clasificación ASA es conciso y se define utilizando términos simplistas. Este hecho, paradójicamente, puede haber contribuido a su extensa aplicación en todo el mundo, pero se reconoce que el uso del sistema en la práctica clínica está sujeto a grandes variaciones entre los evaluadores.¹⁰ Es una herramienta importante apreciación subjetiva que clasifica a los pacientes en subgrupos por estado físico preoperatorio antes de la administración de anestesia. Se ha convertido en una parte esencial de la odontología, ya que incluso los problemas más comunes pueden requerir modificaciones a la atención de rutina.⁴

Por medio de la clasificación ASA se puede:

- Distinguir a los pacientes que tienen antecedentes médicos.²
- Dar orientaciones con respecto a la población que acude a la consulta del dentista en base a los datos obtenidos.²
- Evaluar el estado físico general del paciente antes de la cirugía, y no evaluar el riesgo quirúrgico en sí, ya que deja de lado el impacto de la cirugía por sí misma sobre los resultados del paciente.⁸
- Evaluar el riesgo que representa para los pacientes un tratamiento odontológico realizado bajo anestesia local.³

- Modificar la terapia y recomendar una consulta médica con un especialista.³
- Obtener una gran cantidad de información en un tiempo relativamente corto.³
- Disponer de información general sobre el estado de salud del paciente en una forma estandarizada.⁴
- Estudiar las características de los pacientes que acuden a solicitar interconsulta, lo que puede traducirse en un riesgo de enfrentar emergencias en el consultorio dental.⁵
- Evaluar de una forma subjetivamente simple, casi tan fuerte como un predictor, lo que permite calcular el riesgo.⁸

Salvo pequeños cambios en el lenguaje, el sistema se ha mantenido en su forma actual desde hace más de 60 años. La intención original de este sistema de clasificación es mejorar la comunicación. Los médicos serán capaces de describir a sus pacientes, los investigadores pueden comparar las poblaciones, y los resultados pueden ser analizados en relación con las características de salud de referencia de la población de pacientes. La clasificación actual se ha convertido en un ejercicio ceremonial contratado por todos los anestesiólogos en memoria de los médicos pioneros que se aventuraban a definir el riesgo anestésico en una época pasada.⁷

6. URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

6.1 Definición

Las urgencias odontológicas son circunstancias vinculadas de manera principal con el dolor, tumefacción o ambos que demandan un diagnóstico y tratamiento inmediato. Se producen por cambios patológicos en la pulpa, tejidos periapicales o ambos, o que resultan de lesiones traumáticas.¹¹ El objetivo inmediato del tratamiento de urgencia es disminuir los síntomas del paciente y si es posible, también debe constituir la primera fase del tratamiento permanente de la situación. Como el tratamiento de urgencia debe realizarse por lo común, entre las visitas de pacientes regulares en un margen estrecho de tiempo, los procedimientos terapéuticos han de ser lo más simple posible y tienen como objetivo aliviar el dolor del paciente.¹²

6.2 Clasificación

Las urgencias como principales causas de atención en el consultorio dental, provienen de una etiología es muy variada por ejemplo restauraciones defectuosas previas, traumatismos etc. También aquellas características presentadas en grupos poblacionales, que se asocian con diversos estados de salud que confieren al paciente un cierto grado de susceptibilidad.¹³ Diversos factores contribuyen a la generación de urgencias odontológicas, por ejemplo: factores biológicos como la edad y el sexo; ambientales por distribución geográfica y de agua potable fluorurada; adquiridos o por comportamiento tal como la dieta, el tabaquismo, alcoholismo, las drogas; factores socio-económicos que puede mejorar o disminuir las medidas de prevención, por el mayor acceso a la atención odontológica.¹³ Las urgencias dentales que se presentan al consultorio dental pueden ser por dolor, fractura dental, traumatismo bucodental y trastornos de la A.T.M.:

6.2.1 Urgencias dentales por dolor

6.2.1.1 Pulpitis reversible¹³

Se presenta como un dolor de naturaleza leve a ocasionalmente moderada y a menudo hay una historia de procedimientos dentales, tratamiento periodontal o algún antecedente de traumatismo dental. Los síntomas de sensibilidad térmica no impiden que el paciente coma o beba normalmente.¹⁴

6.2.1.2 Pulpitis irreversible

El dolor se va a presentar localizado y el paciente lo va a referir como prolongado, punzante incluso lo suficientemente intenso para mantenerlo despierto por la noche.¹⁴

6.2.1.3 Periodontitis apical aguda

Suele ser la consecuencia de la extensión de una pulpitis purulenta al espacio periapical y por lo tanto, aparece en el transcurso evolutivo de la patología pulpar. Se caracteriza por la aparición de un dolor agudo localizado en el diente enfermo. Un dato muy característico del proceso, consiste en la “sensación de diente largo”. El paciente refiere típicamente que el diente ha crecido, este fenómeno se produce como consecuencia de la ligera extrusión dentaria ocasionada por el acumulo purulento en el espacio apical.¹⁵

6.2.1.4 Pericoronitis por erupción del 3º molar

Es un problema común en pacientes de 17 a 24 Años de Edad, ya que es de cuando los terceros molares comienzan su erupción. La falta de higiene contribuye a la acumulación de bacterias y su consiguiente inflamación, dolor espontáneo y apertura limitada de la boca.

6.2.1.5 Absceso periodontal¹³

Es una infección purulenta localizada dentro de los tejidos adyacentes a la bolsa periodontal. Los síntomas pueden ser variados y van desde leve disconfort e inflamación a dolores severos, además de presentar sensación de presión en la encía.

6.2.1.6 Gingivitis úlcero necrosante aguda (GUNA)

Es una infección gingival rápidamente destructiva de etiología compleja caracterizada clínicamente por presentar dolor agudo, sangrado espontáneo o a la mínima presión, sabor metálico, ulceración necrótica de una o más papilas interdentarias, compromiso del estado general, en pocos casos fiebre y malestar general y halitosis.¹⁴

6.2.1.7 Gingivostomatitis herpética primaria

Es un cuadro febril con odinofagia y vesículas dolorosas en labios, encías, mucosa oral y porción anterior de lengua y paladar duro. Las lesiones son friables, se ulceran y pueden sangrar con facilidad.

6.2.2 Urgencias dentales por fractura dental

6.2.2.1 Fractura coronaria no complicada

Este tipo de fractura coronaria es la que más encontramos, por su limitada extensión es muy frecuente que los pacientes no acudan a la consulta. Aunque es pequeña debemos realizarle radiografías periapicales como complemento de diagnóstico.

6.2.2.2 Fractura coronaria complicada

Involucra esmalte, dentina y exposición pulpar. El tratamiento da buenos resultados si el paciente viene a consulta en las primeras horas de ocurrido el trauma. Aunque es frecuente que el paciente se demore en venir a consulta a lo que evoluciona a una necrosis pulpar.

6.2.2.3 Fractura corono radicular¹³

Se trata de una fractura mixta, los tejidos afectados son el esmalte, dentina y el cemento radicular. La comunicación de la cavidad bucal al ligamento periodontal, causa en estas fracturas una inflamación severa.

6.2.2.4 Fractura radicular

Involucran dentina, cemento, pulpa y ligamento periodontal y rara vez tejido óseo. Se pueden extender desde la porción interna radicular hasta el periodonto y pueden ser causadas por factores; como procesos restaurativos, traumas por impacto, procedimientos de obturación en endodoncia, trauma oclusal y bruxismo. Clínicamente hay movilidad normal o pueden presentar ligera movilidad, a la percusión responde con dolor leve y las pruebas de sensibilidad con respuesta normal.

6.2.3 Urgencias dentales por traumatismo bucodental¹³

6.2.3.1 Fracturas máxilo faciales.

Son consideradas como enfermedades traumáticas de los huesos, generalmente son causadas por agentes externos cuya fuerza rebasa los límites de elasticidad de la arquitectura ósea.

Las lesiones al área facial son causa de preocupación no solamente por razones estéticas sino también porque pueden deteriorar la capacidad funcional de masticar, de hablar y de abrir y cerrar la boca.¹⁶

6.2.3.2 Contusión ATM.

Son las que con mayor frecuencia ocurren. Son provocadas por trauma, por golpes, que producen una gran inflamación interarticular, hay un daño de los tejidos blandos y hay dolor en la articulación.

6.2.3.3 Fractura alveolar¹³

Se puede producir como consecuencia del impacto directo de una fuerza de baja energía sobre el proceso alveolar, o como continuación de una línea de fractura de la mandíbula o del maxilar.

6.2.3.4 Concusión

Se considera como un traumatismo subagudo, el diente está sensible al tacto, no ha sido desplazado y no tiene movilidad.

6.2.3.5 Subluxación

El diente está sensible al tacto lo cual puede indicar un daño pulpar transitorio así como presentar movilidad, pero sin desplazamiento. Es posible encontrar hemorragia en el surco gingival. Se recomienda monitorear la respuesta pulpar hasta obtener un diagnóstico definitivo.

6.2.3.6 Luxación lateral

El diente está desplazado, en una dirección palatina/lingual o vestibular, se encuentra inmóvil y a la percusión da un sonido alto, metálico (tono de anquilosis). Las pruebas de sensibilidad probablemente darán resultados negativos. En dientes inmaduros, que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar generalmente ocurre.

6.2.3.7 Intrusión

El diente esta desplazado axialmente dentro del hueso alveolar, inmóvil, a la percusión puede dar un sonido alto, metálico (tono de anquilosis). Las pruebas de sensibilidad probablemente darán resultados negativos. En dientes inmaduros, que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar puede ocurrir.

6.2.3.8 Extrusión¹³

El diente se encuentra desplazado coronalmente, parece elongado y está excesivamente móvil. Las pruebas de sensibilidad probablemente darán resultados negativos. En dientes maduros, la revascularización de la pulpa algunas veces ocurre. En dientes inmaduros, que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar por lo general ocurre.

6.2.4 Urgencia dental por trastorno de la A.T.M.

6.2.4.1 Luxación ATM

Se caracteriza por dolor en la articulación. El paciente tiene la boca abierta debido a la contractura y espasmo muscular de los músculos masticadores.

6.3 Historia clínica de urgencia

Para diagnosticar y llegar a un adecuado tratamiento de una urgencia médica, debemos conocer el estado de salud del paciente, complementado con su padecimiento, por lo tanto es necesario realizar una historia clínica de urgencia, la cual es una relación ordenada y detallada de los datos y conocimientos personales y familiares del paciente, tanto anteriores, como actuales. La NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico¹⁷ en su numeral 7 al 7.1.8 y la NOM-013-SSA2-1994 para la prevención y control de enfermedades bucales¹⁸ en su numeral 8.3.4, especifican los componentes básicos indispensables que debe de llevar la historia clínica, entre los que se encuentran:

6.3.1 Hora de la atención

En la cual se debe anotar en forma clara la hora exacta en que el paciente ingresa al servicio odontológico de urgencias, así como la hora exacta de su salida del mismo.

6.3.2 Fecha

Año, mes y día en que el paciente ingresa al servicio odontológico.

6.3.3 Datos del paciente.

Se debe anotar en forma clara el nombre y los apellidos del paciente y el número telefónico de su residencia.

6.3.4 Lugar y fecha de nacimiento.

Anotar con letra clara el lugar de nacimiento (estado o municipio) y la fecha de nacimiento del paciente.

6.3.5 Edad y sexo

Anotar la edad del paciente en años cumplidos; si es menor de 10 años, se debe anteponer el cero; y especificar si es masculino o femenino.

6.3.6 Derecho habiente

Anotar si el paciente cuenta con algún tipo seguro médico (institucional o particular) o si no está afiliado.

6.3.7 Estado civil

Registrar si el paciente se encuentra soltero, casado, unión libre, viudo.

6.3.8 Nombre y apellidos del cónyuge

Anotar en forma clara el nombre completo del cónyuge del paciente si su estado civil es casado o en unión libre; de otra forma, trazar una línea horizontal.

6.3.9 Nombre de los padres

Anotar en forma clara los nombres de los padres del paciente si su estado civil es soltero; de otra forma, trazar una línea horizontal.

6.3.10 Domicilio

Anotar en forma clara y completa la dirección del sitio donde vive el paciente.

6.3.11 Teléfono particular

De gran utilidad para localizar al paciente.

6.3.12 Ocupación

Anotar con letra clara la profesión u oficio al cual se dedica el paciente.

6.3.13 Otra fuente de información

Anotar el nombre de la persona que está proporcionando los datos y registrar entre paréntesis () el parentesco o afinidad con el paciente.

6.3.14 Motivo de la consulta

Anotar en forma legible la causa referida por el paciente (entre comillas), ó lo consignado en la hoja de remisión, su tiempo de evolución, cómo y cuándo empezó, qué tratamientos ha tenido y otros signos o síntomas que él relate en relación con ella, en forma metódica, por sistemas comprometidos relacionados con el motivo de consulta.

6.3.15 Antecedentes médicos personales

Anotar la presencia o ausencia de antecedentes y situaciones médicas. En caso de ser afirmativa alguna respuesta, subrayar el antecedente médico del paciente y ampliar la información del mismo. En caso de embarazo, se debe registrar el trimestre en el que se encuentra.

6.3.16 Antecedentes odontológicos

Anotar si el paciente ha sido intervenido en ocasiones anteriores en odontología y especificar las atenciones recibidas.

6.3.17 Hallazgos clínicos

Anotar qué hallazgos clínicos encuentra en el paciente, haciendo énfasis en lo relacionado con el motivo de consulta.

6.3.18 Auxiliares de diagnóstico

Se deberán registrar aquellos auxiliares de carácter diagnóstico, con la interpretación de resultados.

6.3.19 Diagnostico

Teniendo en cuenta el motivo de la consulta, los signos y síntomas al examen clínico, se deben definir el o los diagnósticos encontrados.

6.3.20 Descripción del procedimiento

Se deberá registrar en forma resumida y clara los procedimientos de atención de urgencia realizados. En su ausencia, colocar líneas horizontales; de igual forma si se ordenaron o no estudios auxiliares de diagnóstico. Cuando haya prescripción de medicamentos registrar nombre genérico, cantidad, concentración y dosis. Si se remitió o no y a dónde. Si se dan o no instrucciones. En caso afirmativo describirlas. Si se dio o no una o más citas posteriores en el mismo lugar donde se atendió, el intervalo de tiempo entre ellas y el propósito de cada una.

6.3.21 Recomendaciones al paciente

Registrar en forma resumida y clara las recomendaciones realizadas al paciente según la intervención (serán específicas para cada caso en particular)

6.3.22 Firma e identificación del paciente

Solicitarle al paciente que, una vez explicada su situación y los procedimientos a seguir para atenderle la urgencia, consigne su firma y número de identificación oficial en la historia clínica de urgencia odontológica. Si es menor de edad lo hará la persona responsable que lo llevó a consulta.

6.3.23 Datos del cirujano dentista

Anotar en forma clara el nombre, apellidos y cédula profesional.

6.4 Tratamiento de urgencia

Una vez elaborada la historia clínica, conocer el estado de salud e identificar el tipo de urgencia podremos iniciar el tratamiento. El objetivo del tratamiento de urgencia será disminuir el dolor, tratar la infección en dado caso de presentar y evitar su diseminación.

6.4.1 Tratamiento de las urgencias dentales por dolor

6.4.1.1 Pulpitis reversible

- Recubrimiento pulpar directo.¹³
- Mantener en observación.

6.4.1.2 Pulpitis irreversible

- Tratamiento conservador.
- Eliminación de caries.
- Obturación provisional o definitiva.
- Pulpectomía.

6.4.1.3 Periodontitis apical aguda

- Eliminación de caries.
- Acceso.
- Drenar.
- Medicar.

6.4.1.4 Pericoronitis por erupción del 3º molar

- Anestesiarse localmente
- Irrigar la zona con clorhexidina (0.12%) o solución estéril de suero
- Programar la extracción dentro de los 7 días siguientes a su atención de urgencia.

6.4.1.5 Absceso periodontal

- Anestesia.
- Drenaje crevicular.
- Irrigación con antisépticos.
- Alivio oclusal si es necesario.

6.4.1.6 Gingivitis úlcero necrosante aguda (GUNA)¹³

- Anestesiar localmente.
- Debridar las áreas necróticas.
- Limpieza mecánica y detartraje de la zona.
- Irrigar con Clorhexidina al 0.12%
- Higiene con cepillo ultrasuave.
- Prescribir el uso de enjuagues de Clorhexidina 0.12%. 2 veces al día (15 ml) sin diluir por 1 semana.
- Prescribir paracetamol (comprimidos 500 mg. 500 mg. – 1 gr. cada 6 a 8 horas/ día) y metronidazol (Comprimidos: 500 mg, tres veces al día por 5 días). Debe advertirse al paciente del efecto del metronidazol, por lo que no deben consumirse bebidas alcohólicas, durante el tratamiento. No usar en el primer trimestre del embarazo. Y puede aumentar los efectos de los anticoagulantes orales.

6.4.1.7 Gingivostomatitis herpética primaria

- El paciente debe tomar abundantes líquidos.
- Aplicar anestésia tópica antes de comer.
- Dieta blanda y helada.
- Limpiar las mucosas con agua bicarbonatada.
- Prescribir antipiréticos.
- Colutorios con Clorhexidina.

6.4.2 Tratamiento de las urgencias dentales por fractura dental en dentición permanente

6.4.2.1 Fractura coronaria no complicada

Si el fragmento dentario está disponible, éste puede reposicionarse con un sistema de adhesión (composite). También se puede cubrir la dentina expuesta con ionómero de vidrio en forma temporal o una restauración permanente usando agente adhesivo y composite.¹³

6.4.2.2 Fractura coronaria complicada

Realizar un recubrimiento pulpar o una pulpotomía parcial con hidróxido de calcio y Mineral Trioxide Aggregate (MTA-blanco). En pacientes adultos, el tratamiento del conducto radicular puede ser el tratamiento de elección, aunque el recubrimiento pulpar o la pulpotomía parcial también son opciones válidas. Si ha transcurrido mucho tiempo entre el accidente y el tratamiento y la pulpa se encuentra necrótica, el tratamiento del conducto radicular está indicado para mantener el diente. En fracturas coronarias extensas se debe tomar una decisión si es factible otro tratamiento que no sea la extracción.¹⁴

6.4.2.3 Fractura corono radicular

Las recomendaciones de tratamiento son las mismas que para fracturas complicadas de corona. También puede ser conveniente intentar estabilizar los segmentos móviles del diente uniéndolos con resina (composite), al menos como una medida temporal hasta que se pueda proponer un tratamiento definitivo

6.4.2.4 Fractura radicular

Reposicionar, si está desplazado, el segmento coronario tan pronto como sea posible. Verificar su posición radiográficamente. Estabilizar el diente con una férula flexible por 4 semanas. Si la fractura radicular está cerca de la zona cervical del diente, la estabilización es beneficiosa por un período más largo de tiempo (hasta 4 meses). Si ocurre necrosis pulpar, se indica tratamiento de conducto radicular del segmento coronario, hasta la línea de fractura, para conservar el diente.¹³

6.4.3 Tratamiento de las urgencias dentales por traumatismo bucodental

6.4.3.1 Fracturas máxilo faciales

- Evaluar el estado general del paciente.
- Evaluar vías aéreas.
- Cohibir hemorragias.
- Inmovilizar fracturas, en forma provisoria.
- Prescripción de AINES, reposo articular y mantener en observación.

6.4.3.2 Fractura alveolar

- Reposicionar cualquier fragmento desplazado y ferulizar.
- Estabilizar el segmento por 4 semanas.

6.4.3.3 Concusión

No se necesita tratamiento. Se debe monitorear la condición pulpar por al menos un año.

6.4.3.4 Subluxación

Colocar una férula flexible para estabilizar el diente por comodidad del paciente hasta por 2 semanas.

6.4.3.5 Luxación lateral

Reposicionar el diente con fórceps suavemente en su ubicación original. Estabilizar el diente con una férula flexible por 4 semanas. Monitorear la condición de la pulpa.

6.4.3.6 Intrusión

- a. Dientes con formación radicular incompleta: Permitir que la reposición espontánea ocurra. Si no se observa movimiento dentro de 3 semanas, se recomienda una reposición ortodóncica rápida.
- b. Dientes con formación radicular completa: El diente debe ser reposicionado ortodóncica o quirúrgicamente tan pronto como sea posible. La pulpa probablemente estará necrótica, por lo que se recomienda tratar el conducto radicular usando un relleno temporal con hidróxido de calcio, para conservar el diente.

6.4.3.7 Extrusión

Reposicionar el diente reinsertándolo suavemente en el alvéolo. Estabilizar el diente con una férula flexible por 2 semanas.

6.4.4 Tratamiento de la urgencia dental por trastorno de la A.T.M.

6.4.4.1 Luxación A.T.M.

- Reducción manual, inmovilización en caso necesario.
- Estudio radiográfico si se considera necesario.
- Prescripción de antiinflamatorios.
- Mantener reposo articular.
- Dieta blanda o líquida.

7. RIESGO DE PRESENTAR UNA EMERGENCIA DURANTE LA CONSULTA DENTAL

Los avances en la Medicina han dado lugar que el paciente tenga una mayor esperanza de vida y muchas enfermedades son controladas mediante un tratamiento de mantenimiento. Esto hace que los enfermos estén tomando gran cantidad de medicamentos durante mucho tiempo.

La medicación no es capaz de curar del todo, sino que cronifica la enfermedad. Esto significa que aquellos pacientes “aparentemente saludables”, pero con antecedentes médicos importantes, tengan una calidad de vida adecuada y puedan necesitar algún tratamiento dental².

El aumento de edad de la población, que está produciéndose en estos últimos años y que se incrementará en el futuro, hace que haya más pacientes medicados y como resultado una mayor incidencia de pacientes médicamente comprometidos que acuden a la consulta.

Debido a que la incidencia de padecer distintas enfermedades aumenta con la edad, el número de enfermedades sistémicas aumentarán notablemente. Esto hace que los pacientes presenten, en muchas ocasiones, antecedentes médicos de interés y puedan surgir complicaciones durante el tratamiento dental.

El dentista debe tratar a todos estos pacientes asegurándose que no exista riesgo para su salud, y aunque muchas situaciones de emergencia pueden ocurrir en el consultorio dental, algunas se ven con más frecuencia que otras por ejemplo:

7.1 Angina de pecho

Es un síndrome caracterizado por dolor paroxístico de localización retroesternal, con irradiación característica, que se desencadena con ejercicios, emociones u otros estados en que aumenta el trabajo cardiaco, y que es aliviado por el reposo y la nitroglicerina.¹⁹

7.1.1 Cuadro clínico

Dolor de localización retroesternal o precordial, opresivo o compresivo, que aparece durante o inmediatamente después de un esfuerzo, se irradia al brazo izquierdo principalmente, se alivia con el reposo y desaparece en menos de 10 minutos casi siempre o con la administración de nitroglicerina. Sensación de angustia o de muerte inminente. También pueden presentarse síntomas gastrointestinales como náuseas y vómitos u otros síntomas como disnea, palpitaciones, palidez y sudación.

Si el dolor no se presenta con las características estereotipadas señaladas, y aparece en reposo o tras esfuerzos leves, con duración prolongada, o si es la primera vez que se presenta, se denomina “angina inestable”.

7.1.2 Pacientes susceptibles

Son numerosos los pacientes que predisponen a padecer este síndrome. Entre ellos es necesario destacar a los pacientes hipertensos, fumadores, con obesidad, diabéticos, quienes consumen una dieta rica en grasas saturadas, con tensión psicosocial (estrés emocional) y aquellos con vida sedentaria.

7.1.3 Clasificación ASA

Se considera dentro de la clasificación ASA 2, debido a que es una enfermedad sistémica leve que no limita mucho las actividades físicas del paciente.

7.2 Infarto del miocardio

Se denomina infarto del miocardio al síndrome clínico, electrocardiográfico y humoral producido por la necrobiosis isquémica de un sector del miocardio, y que se caracteriza por dolor u opresión retroesternal mantenidos, hipotensión arterial o shock, junto con alteraciones electrocardiográficas progresivas características, fiebre y aumento de determinadas enzimas en la sangre.¹⁹

7.2.1 Cuadro clínico

Dolor retrosternal o precordial localizado en el epigastrio y de tipo constrictivo, angustioso, usualmente muy intenso e irradiado al hombro y brazo izquierdo. Suele comenzar súbitamente y durar más de 30 min. No sufre alteraciones ni se modifica por los cambios de posición, la respiración, la nitroglicerina o el reposo. Disminución en la intensidad de ambos ruidos cardiacos, taquicardia, hipotensión arterial que puede llegar al shock. Pulso rápido y débil, sudación, piel fría y palidez; estos síntomas son más evidentes cuando el infarto se complica con un shock (cardiogénico). También se presentan síntomas respiratorios como la disnea y a veces estertores húmedos en las bases pulmonares cuando el infarto se acompaña de insuficiencia cardiaca; así como síntomas digestivos (náuseas y vómitos) incluso puede presentarse un cuadro febril.

7.2.2 Pacientes susceptibles

Los pacientes susceptibles a presentar un infarto son aquellos hipertensos, fumadores, con obesidad, diabéticos, quienes abusan grasas saturadas, pero que no están controlados o sujetos a tratamiento medico. Por lo que la lesión cardiaca en este tipo de pacientes es mas intensa y provoca una obstrucción completa de las coronarias o sus ramas.

7.2.3 Clasificación ASA

Se considera dentro de la clasificación ASA 4, debido a que es una enfermedad sistémica grave que constituye una amenaza constante a la vida del paciente y limita mucho las actividades físicas del mismo.

7.3 Crisis hipertensiva

La crisis hipertensiva puede definirse como un aumento de la presión de la sangre arterial por encima de los valores normales, tomando como límites máximos los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) quienes establecen una presión arterial¹⁹:

- Optima 120 / 80 mm Hg.
- Normal - 130 / - 85 mm Hg.
- Normal alta 130-139 / 85-89 mm Hg.
- HTA Grado 1 (leve) 140-159 / 90-99 mm Hg.
- HTA Grado 2 (moderada) 160-179 / 100-109 mm Hg.
- HTA Grado 3 (grave) ≥ 180 / ≥ 110 mm Hg.
- HTA Sistólica aislada ≥ 140 / ≥ 90 mm Hg.

7.3.1 Cuadro clínico de la crisis hipertensiva

Cada hipertenso tiene su propia sintomatología. Podemos asegurar que no existen enfermedades, sino enfermos. Muchos pacientes tienen hipertensión arterial y permanecen totalmente ignorantes de la misma, hasta un día en que al realizarse una exploración clínica, puede encontrarse la cifra de tensión elevada. Otras veces debuta por una complicación grave (infarto, accidente cerebrovascular, etc.). El cuadro clínico dependerá de la severidad de la enfermedad, la causa y la presencia de complicaciones cardíacas, neurológicas y renales. Fundamentalmente se puede manifestar con una presión diastólica mayor a 115 mmHg, cefalea, visión borrosa, náuseas, vómito, disnea, oliguria y déficit neurológico.

7.3.2 Pacientes susceptibles

Pacientes hipertensos no controlados, con insuficiencia renal, con glomérulo nefritis aguda, pacientes consumidores de cocaína, con obesidad, sedentarismo y rica alta en sodio. Pacientes susceptibles a crisis hipertensiva asociada a epinefrina del anestésico, aquellos pacientes con enfermedades auto inmunes que toman esteroides, pacientes hipertiroideos, mujeres que toman anticonceptivos orales.

7.3.3 Clasificación ASA

Los pacientes con crisis hipertensiva se consideran dentro de la clasificación ASA 3, debido a que es una enfermedad sistémica grave y silenciosa que puede limitar las actividades del paciente. Y puede evolucionar como ASA 4, si la presión arterial es mayor de 200 / 100 mmHg.

7.4 Sincope

Es un trastorno acentuado en el que el paciente pierde completamente la conciencia, lo que da lugar a la caída del enfermo. Además, el corazón deja de latir, de tal manera que el pulso y los ruidos del corazón faltan por completo. Al cabo de unos segundos o pocos minutos el corazón reanuda su marcha, por lo que el síncope es por definición una alteración pasajera, que si se prolongara provocaría la muerte del enfermo¹⁹.

7.4.1 Cuadro clínico

Al desaparecer la expulsión sistólica, el enfermo adquiere una palidez cadavérica. Disminución brusca del tono vascular en el abdomen y en las extremidades inferiores, sensación de hormigueo y de vacío en la cabeza, mareo, sequedad bucal y visión borrosa de los objetos.

7.4.2 Pacientes susceptibles

El síncope puede ser desencadenado por diferentes factores en los pacientes, por ejemplo:

- Estímulos psíquicos o sensoriales como una impresión desagradable, al ver sangre, un traumatismo, una emoción o noticia inesperada, por temor o ansiedad, etc.
- Estímulos viscerosomáticos (por punción venosa).
- Pacientes con tumores cerebrales y arteriosclerosis.
- Cuando un paciente sano está inmóvil en una posición durante un tiempo prolongado, la sangre se acumula en las extremidades inferiores y el abdomen, con lo que disminuye el flujo al corazón
- Mujeres jóvenes y pacientes con salud precaria, débiles, anémicos.

7.4.3 Clasificación ASA

El síncope se puede considerar dentro de la clasificación ASA 2, debido a que es un trastorno pasajero resultado del estado físico y emocional del paciente, pero que si no se controla, puede causar la muerte del paciente.

7.5 Crisis epilépticas

Denominada también como síndrome convulsivo; son un conjunto de manifestaciones clínicas que tienen como elemento central un tipo de movimiento involuntario llamado convulsión. Las convulsiones son sacudidas bruscas y rítmicas de grandes grupos musculares presentadas súbitamente; se acompañan a menudo de pérdida del conocimiento, y su final es también más o menos rápido¹⁹.

7.5.1 Cuadro clínico

Hay dos tipos elementales de convulsiones:

- Convulsión tónica en la cual la crisis se caracteriza por una gran rigidez o hipertonia, que puede afectar a todo el cuerpo o a partes de él.
- Convulsión tonicoclónica, en la cual existen períodos alternantes de crisis tónicas y relajación, lo que en conjunto produce los grandes desplazamientos rítmicos alternantes de flexión y extensión, en especial de los miembros, que caracterizan este tipo de convulsión.

Las convulsiones tonicoclónicas son las más frecuentes y pasan por varios periodos.

A) Pródromos (período precrítico).

Horas antes del comienzo de la crisis, algunos enfermos refieren un malestar indefinido, a veces dolor de cabeza, irritabilidad, apatía, cansancio, sueño intranquilo; estos síntomas el enfermo o su familia aprenden a veces a detectar como precursores alejados de las crisis

B) Período crítico (comienzo de la crisis).

La crisis puede comenzar segundos antes de comenzar la crisis convulsiva y estando todavía el paciente plenamente consciente, se le presentan auras o avisos por ejemplo:

Auras visuales: escotomas claros u oscuros (visión de chispas, luces, formas oscuras o brillantes que cruzan súbitamente el campo visual, etc.).

Auras auditivas: zumbidos de oídos, voces, etc.

Auras olfatorias (alucinación olfatoria) y gustativas: estas alucinaciones son poco frecuentes.

Auras sensitivas: parestesias, frío, etcétera.

Auras motoras: a veces el paciente presenta una desviación de la cabeza y los ojos hacia un lado (crisis adversiva) o comienza a tener una convulsión tonicoclónica localizada (crisis de tipo Bravais-Jackson) o levanta un brazo, como en actitud de defensa (crisis postural).

Auras vegetativas: palpitaciones, palidez, rubicundez, dolor abdominal, entre rascarse la nariz, repetir una palabra, etc.

En este caso, la crisis no sorprende totalmente al enfermo, lo cual le permite a veces evitar un traumatismo severo.

C) Período convulsivo de la crisis.

En este periodo el paciente cae al suelo en forma no solo súbita, sino también como despedido o lanzado por una gran fuerza; no cae blandamente, desplomándose poco a poco, sino con violencia. Esta brusquedad y violencia de la caída explica los accidentes que los enfermos pueden sufrir y causar: fracturas, heridas, quemaduras, por lo que hay que alejar todo aquello que en el consultorio dental le pueda causar un daño al paciente. Durante este periodo se presentan dos fases. Una tónica en la que el paciente ya estando en el suelo, tiene la cabeza inclinada hacia atrás, los miembros en extensión, la mandíbula fuertemente apretada, tiene los ojos fijos, los dedos flexionados y la musculatura respiratoria totalmente paralizada en espiración. A veces hay un grito inicial, por la súbita espiración (grito epiléptico). Esta fase dura 10-30 s, y al final de ella el paciente a menudo está cianótico.

Después sigue una fase clónica, o tonicoclónica que inicia con movimientos alternantes de flexión-extensión, en brazos y piernas, el acceso convulsivo alcanza la musculatura de la cara, lo que le confiere a la misma un aspecto impresionante, desagradable; los maseteros sufren la convulsión, produciéndose a veces mordeduras de la lengua; los ojos ruedan en las órbitas; los músculos respiratorios ceden en su contracción, comienza la respiración, al inicio, en forma entrecortada y al final, en excursiones más amplias, lo que hace que desaparezca la cianosis de la fase tónica. En esta fase existe participación vegetativa; hay sialorrea, aumento de las secreciones del árbol respiratorio, hipertensión arterial, taquicardia, midriasis, micción involuntaria y más raramente defecación.

D) Período posictal o poscrítico.

Después de la crisis, el paciente queda abatido, con gran somnolencia de duración variable. Cuando se despierta totalmente, muchas veces tiene cefalea, dolores musculares, y un cierto grado de confusión, pero otros pacientes se despiertan totalmente recuperados. Raramente se puede presentar un estado crepuscular, con confusión mental, desorientación y trastornos de la relación con el medio ambiente, que puede durar horas. Hay un hecho en el cual el paciente no recuerda nada de su crisis, con la única excepción del aura.

7.5.2 Pacientes susceptibles

Las crisis convulsivas, habitualmente, son un síntoma más de la enfermedad que las provoca o constituir una manifestación principal o única de la misma. Se acepta que en algunas personas existe predisposición para las convulsiones. Ello explicaría por qué algunos enfermos (con las mismas lesiones) tienen convulsiones y otros no.

Entre los pacientes susceptibles encontramos aquellos con tumor cerebral, embolias cerebrales, meningoencefalitis. Pacientes con hipoglicemia, hipocalcemia, anoxia cerebral de cualquier causa, hiponatremia, coma hepático, cicatrices postraumáticas, lesiones residuales de meningoencefalitis, secuelas de accidente vascular encefálico, etc.

7.5.3 Clasificación ASA

Las crisis epilépticas se consideran como ASA 2, debido a que es una enfermedad sistémica grave que limita las actividades cotidianas del paciente y que pone de manifiesto el sumo cuidado que se debe de tener con este tipo de pacientes en el consultorio dental.

7.6 Insuficiencia corticosuprarrenal crónica (Enfermedad de Addison)

Es un síndrome crónico, caracterizado por una disminución progresiva de la actividad suprarrenal debida a una destrucción bilateral y paulatina de las glándulas suprarrenales. A consecuencia del déficit corticoadrenal está disminuida la producción de todas las hormonas que se originan en dicha corteza. Por lo tanto, existe déficit de las hormonas mineralocorticoides, reguladoras del equilibrio de los electrólitos Na y K, exteriorizan su carencia por una disminución de la reabsorción tubular del sodio, responsable de la ulterior hiponatremia (menos de 142 mEq/L) con deshidratación y reabsorción aumentada de K con hiperpotasemia. Al descenso secretorio del cortisol y sus derivados (glucocorticoides) se atribuyen las manifestaciones hipoglicémicas, por deficiente absorción de glucosa a nivel intestinal y déficit de la gluconeogénesis. En aquellas afecciones que destruyen también la médula suprarrenal, como la tuberculosis, se agregan síntomas vinculados a la carencia de adrenalina y noradrenalina. En general, las manifestaciones clínicas deben atribuirse directamente a la pérdida de las hormonas que regulan los metabolismos hidrosalino y del azúcar. A consecuencia de la pérdida de algunas de estas hormonas corticoadrenales habrá, por falta de retro control, un aumento compensador de las hormonas tróficas hipofisarias, en particular ACTH (hormona adrenocorticotropa o corticotropina).¹⁹

7.6.1 Cuadro clínico

- Astenia de esfuerzo (agotamiento)
- Melanodermia. Muy específica cuando tiñe la piel de un tono pardo sepia en pliegues palmares de flexión y de extensión de los dedos. Alcanza también a veces las mucosas bucales en forma de manchas. La ausencia de este síntoma pone en duda el diagnóstico de enfermedad de Addison.

- Trastornos gastrointestinales. Se reducen a menudo a una anorexia, pero la aparición inesperada de náuseas, vómitos, diarrea o de dolores abdominales anuncia muy a menudo la descompensación.
- Adelgazamiento. Es casi constante y las fluctuaciones de peso son una manifestación fiel de la evolución.
- Hipotensión arterial. Es menos constante, y a menudo muy moderada fuera de las crisis, aunque puede exagerarse en el ortostatismo. Sin ser indispensable al diagnóstico, tiene un alto valor pronóstico y su acentuación es la mejor señal de alarma.
- Manifestaciones de hipoglicemia.
- Trastornos psíquicos, con fases de depresión que alternan con una inestabilidad ansiosa.
- Artralgias o mialgias paroxísticas, agravadas por los mineralocorticoides y anuladas por la cortisona.

7.6.2 Pacientes susceptibles

Pacientes con tuberculosis, SIDA. Síndrome auto inmunitario poliglandular de tipo II: caracterizado por presentar dos o más manifestaciones endocrinas auto inmunitarias en un mismo paciente como: tiroiditis linfocitaria crónica, insuficiencia ovárica prematura, diabetes mellitus tipo I, hipotiroidismo o hipertiroidismo, anemia perniciosa, vitiligo, alopecia, y miastenia gravis por producción de auto anticuerpos, metástasis tumoral, sobre todo en el cáncer de pulmón, en la amiloidosis y sarcoidosis.

7.6.3 Clasificación ASA

La Insuficiencia corticosuprarrenal crónica se considera como ASA 3, debido a que es una enfermedad sistémica grave multifactorial tiende a limitar las actividades del paciente que puede hacer una vida normal pero cualquier estrés puede desencadenar una insuficiencia suprarrenal aguda.

7.7 Crisis tirotóxica

Es una situación de incremento de los síntomas de tirotoxicosis, con peligro para la vida, en la que la respuesta del paciente es desproporcionada en relación al estímulo excitador. Posteriormente, de forma mas descriptiva, como la combinación de fiebre superior a 39,5 ° C, frecuencia cardíaca superior a 140 latidos por minuto, inquietud extrema y exacerbación de la clínica habitual de hipertiroidismo. Se define como una situación en la que los síntomas de tirotoxicosis se presentan con intensidad inusual con predominio de la hipertermia, la taquicardia y los trastornos neurológicos. No existe un claro límite entre la tirotoxicosis severa y la crisis tirotóxica, de forma operativa debe plantearse el problema desde el punto de vista de la necesidad o no de establecer medidas terapéuticas mas agresivas y urgentemente.²⁰

7.7.1 Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas variarán en función de la edad del paciente y de la duración del hipertiroidismo. Típicamente se describe la tríada de hipertermia, taquicardia y alteración del estado mental con agitación severa. Es frecuente la presentación con manifestaciones en la esfera cardiovascular; arritmias diversas como la taquicardia sinusal, fibrilación auricular, taquicardia supraventricular y extrasístoles ventriculares, puede existir hipertensión sistólica y agravamiento bien de una insuficiencia cardiaca previa o de una cardiopatía isquémica subyacente. Las manifestaciones neurológicas incluyen síntomas de afectación del sistema nervioso central como agitación, delirio, psicosis franca, llegando en algunos casos a cuadros de estupor y coma. Probablemente esta situación predispone al desarrollo de lesiones neurológicas hipóxicas. También puede causar debilidad generalizada, miopatía proximal, temblor fino distal, mioclonías, coreoatetosis e hiperreflexia.

Los pacientes presentan nerviosismo, labilidad emocional e insomnio, suele existir intolerancia al calor, hiperhidrosis, manifestaciones digestivas con náuseas, vómitos y diarreas, incluso disfunción hepatocelular con ictericia o abdomen agudo. En la exploración física, además de lo reseñado, suele evidenciarse taquicardia, hipertermia de hasta 41 °C, no conociéndose si la respuesta febril representa un alteración de la termorregulación a nivel del sistema nervioso central o bien es el resultado del incremento de la termogénesis y del metabolismo basal sobrepasando la capacidad de disipar calor del organismo, los pacientes presentan la piel roja, caliente y húmeda, a veces con signos de deshidratación (debido a las pérdidas cutáneas y digestivas). Junto a las demás manifestaciones citadas, pueden existir hallazgos relacionados con la enfermedad tiroidea subyacente como la presencia de bocio con soplo a la auscultación, oftalmopatía (retracción palpebral, exoftalmos, edema periorbitario, oftalmoplejía y alteraciones conjuntivales) y dermatopatía del tipo de mixedema en la enfermedad de Graves.²¹

En raras ocasiones el cuadro clínico es más sutil con apatía, postración, incluso coma, sin elevación o elevación mínima de la temperatura, ocurriendo en personas mayores, el llamado hipertiroidismo apático.

7.7.2 Pacientes susceptibles

La crisis tirotóxica generalmente comienza de forma súbita en pacientes con hipertiroidismo no tratados o insuficientemente tratados como una acentuación de los síntomas de hiperfunción tiroidea. También es una complicación rara de una enfermedad frecuente, casi siempre ocurre en pacientes con enfermedad de Graves-Basedow, aunque puede presentarse en el curso de otras tirotoxicosis, como el bocio multinodular o en el adenoma tóxico.

7.7.3 Clasificación ASA

La crisis tirotóxica la podemos clasificar como ASA 3, debido a las manifestaciones clínicas súbitas que pueden ser cardiovasculares y neurológicas, poniendo en peligro la vida del paciente.

7.8 Hipoglucemia

Se denomina así al estado clínico humoral que se produce por una insuficiencia homeostática de la glucorregulación al descender la cifra de glucosa sanguínea por debajo de 40 mg/dL en el plasma (tomada como cifra arbitraria), se produce una reacción del sistema nervioso autónomo, cambios hormonales y trastornos en la función cerebral que determinan los síntomas y signos de la hipoglicemia¹⁹.

7.8.1 Cuadro clínico

Esta sintomatología puede ser permanente o temporal. Podemos encontrar síntomas que se deben a los efectos de la hipoglicemia sobre el sistema nervioso autónomo, tales como sudores profusos, hambre, dolor abdominal que simula otros procesos, palidez, palpitaciones, dolor anginoso, temblor; estos últimos se deben a la reacción adrenalínica que actúa en la contra regulación. Igualmente síntomas que se deben a los efectos de la hipoglicemia sobre el sistema nervioso central, como trastornos de la vista, diplopía, cefaleas, parestesias de los labios y de los dedos, sensación de luminosidad difusa (especialmente por la noche). Retardo del tiempo de reacción (por ejemplo, conduciendo un vehículo) y crisis de bostezos. Asimismo Síntomas psíquicos que se deben a la hipoglicemia, como una cierta irritabilidad (que conduce a menudo a los enfermos a rehusar categóricamente el azúcar o el alimento que se le ofrece), depresión o, por el contrario, euforia, disminución de la facultad de concentración o de comprensión. Y en el sistema muscular, en particular el paciente referirá debilidad o fatigabilidad durante el ejercicio.

7.8.2 Pacientes susceptibles

Puede presentarse en una gran variedad de pacientes que presentan exceso de insulina por tumores funcionales de las células de los islotes pancreáticos, hiperplasia de las células de los islotes pancreáticos, adenomatosis endocrina múltiple I, hipoglicemia neonatal en los hijos de madres diabéticas, hipoglicemia neonatal en los casos de eritroblastosis fetal. Deficiencia de hormonas contrainsulínicas (Panhipopituitarismo, hipoadrenocorticismos primario, deficiencia aislada de la hormona del crecimiento, deficiencia aislada de ACTH, hipotiroidismo). Limitaciones de la disponibilidad de los sustratos para realizar la gluconeogénesis (Hipoglicemia cetósica de la infancia, hipoglicemia en ayunas de las fases terminales del embarazo). Y por captación excesiva de glucosa que no guarda relación con la insulina (Ejercicio muy intenso, glucosuria renal). O por procesos desconocidos (Tumores no pancreáticos, masivos, que se asocian a hipoglicemia, hipoglicemia idiopática de lactantes y niños).

7.8.3 Clasificación ASA

La hipoglucemia se ubica en la clasificación ASA 2, ya que es resultado de una o varias enfermedades sistémicas o hábitos físicos, sin limitar las actividades del paciente. Y que es factible detectar en la consulta dental.

7.9 Edema angioneurótico

Es una reacción parecida a la urticaria pero el proceso inflamatorio se localiza en la dermis profunda y en el tejido celular subcutáneo, apareciendo tumefacción y edema indoloro no pruriginoso en tejidos blandos de horas a días de evolución¹⁹.

7.9.1 Cuadro clínico.

Ronchas, piel edematosa y firme, de color blanco o rosado, que provoca prurito.

A los síntomas cutáneos pueden sumarse sintomatología sistémica: fiebre, cefalea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, artralgias. Signos de alarma: afonía, ronquera, estridor, disnea y pueden acabar en un edema de glotis requiriendo actuación urgente.

7.9.2 Pacientes susceptibles

Son los mismos que en el caso de la urticaria, con la característica de que su cuadro de hipersensibilidad puede comprometer la vía aérea del paciente.

7.9.3 Clasificación ASA

El edema angioneurótico entra en la clasificación ASA 4, ya que constituye una amenaza constante para la vida del paciente, por la naturaleza de presentarse súbitamente y comprometer la respiración del paciente.

7.10 Shock anafiláctico

Es un proceso hemodinámico - metabólico de evolución aguda debido a la liberación de sustancias vaso activas como la histamina, leucotrienos y otras que causan vasodilatación e hiper permeabilidad vascular con fuga de plasma a los tejidos. La reacción se realiza por mediación de la inmunoglobulina E, presente en los leucocitos, basófilos y mastocitos¹⁹.

7.10.1 Cuadro clínico

Se presenta a los 15 minutos de la administración del agente causal. El paciente siente malestar, inquietud, agitación; aparece rubor, seguido de palpitations latidos en los oídos, espasmo laringeo o bronquial, parestesias, prurito, urticaria, angioedema, estornudos y tos. A veces ocurren náuseas, vómito y dolor abdominal.

Pocos minutos después sobreviene una incontinencia de esfínteres, convulsiones, estupor y muerte, si no se aplica la terapéutica con la necesaria urgencia.

7.10.2 Pacientes susceptibles

Todos los pacientes con antecedentes de haber tenido alguna reacción alérgica a lo largo de su vida.

7.10.3 Clasificación ASA

El shock anafiláctico se ubica en la clasificación ASA 4 ya que es una amenaza constante para la vida del paciente; por lo que es evidente practicar una historia clínica y una exploración física completa y meticulosa.

7.11 Crisis asmática

El asma es un trastorno inflamatorio crónico de las vías respiratorias con un rápido aumento progresivo de la dificultad para respirar ²¹. Comienza como un episodio agudo o subagudo que cursa con un empeoramiento progresivo de los síntomas. La crisis asmática está motivada por la exposición a un desencadenante (infección viral respiratoria, alérgeno, ejercicio físico, irritantes u otros).

7.11.1 Cuadro clínico

Dificultad respiratoria, tos, sibilancias, opresión torácica, taquipnea, cianosis, pérdida de la consciencia.

7.11.2 Pacientes susceptibles

Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva, obstrucción de vía aérea superior.

Pacientes alérgicos al polen, lana, polvo, materias irritantes, variaciones meteorológicas, etc.

7.11.3 Clasificación ASA

La crisis asmática se ubica en la clasificación ASA III, debido a que La gravedad varía de leve a muy severa, pudiendo incluso constituir una amenaza para la vida del paciente, por lo que es importante realizar una buena historia clínica para prevenirla e identificarla oportunamente.

8. DISTRIBUCIÓN POR CLASIFICACIÓN ASA DE LOS PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS DE URGENCIA DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA AZCAPOTZALCO TURNO VESPERTINO; AGOSTO 2009 – JUNIO 2010.

La Facultad de Odontología de la U.N.A.M. a nivel licenciatura, anualmente atiende alrededor de 27,000 pacientes de primera vez. Se trata de una población abierta, que por auto elección acude a solicitar los servicios odontológicos que esta institución brinda.⁵ Además cuenta con 9 clínicas ubicadas en la periferia de la ciudad:

- Clínica Periférica – Aragón
- Clínica Periférica – Azcapotzalco
- Clínica Periférica – Las Aguilas
- Clínica Periférica – Milpa Alta
- Clínica Periférica – Oriente
- Clínica Periférica – Padierna
- Clínica Periférica – Vallejo
- Clínica Periférica – Venustiano Carranza
- Clínica Periférica – Xochimilco

La función de estas clínicas es brindar atención buco-dental a los habitantes tanto en clínica integral adultos como en clínica integral niños en dos turnos, matutino y turno vespertino. El estudio en cuestión, se centra en la clasificación ASA las urgencias atendidas de adultos en la clínica periférica de Azcapotzalco de la Facultad de Odontología UNAM durante el periodo de agosto del 2009 a junio del 2010.

8.1 Métodos

La muestra correspondió a historias clínicas de urgencias disponibles. Los criterios de inclusión fueron: Pacientes adultos, historias clínicas legibles y completas de pacientes atendidos en la clínica periférica de Azcapotzalco, también se analizaron características, como la edad, el género (masculino / femenino), ocupación, motivo de la consulta, padecimientos más frecuentes y su relación con la clasificación ASA. Como manejador de bases de datos, se utilizó el programa SPSS 15.0.

8.2 Resultados

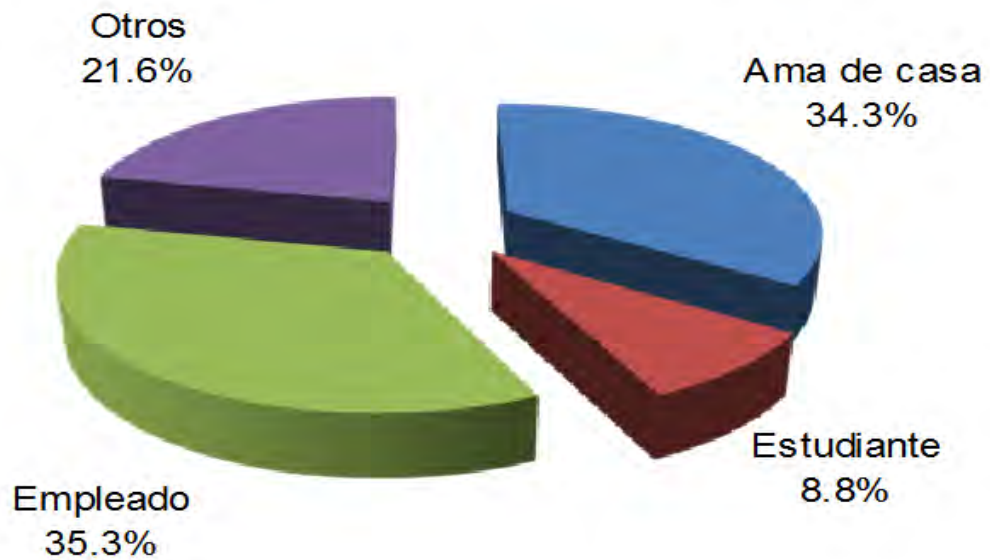
Se consideraron 102 historias clínicas de urgencia. El 73.5 % (n=75) correspondió al sexo femenino. La edad promedio fue de 41.4 años con mínimo de 18 y máximo de 77 años. El principal motivo de la consulta fue dolor (96.1%). Y los padecimientos más frecuentes fueron las alergias (40%) y la diabetes (14%) (Cuadro 3). La ocupación mayoritaria correspondió a empleados con 35.3% (Gráfica 1). Con respecto a la clasificación ASA, el 65.7% de los pacientes se clasificaron como ASA I, el 26.5% se situaron en ASA II, y el 7.8% obtuvieron clasificación ASA III (Gráfica 2).

***Cuadro 3 – Padecimientos más frecuentes.**

<i>Padecimientos más frecuentes</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Alergias	20	40%
Diabetes	7	14%
Hipertensión arterial	6	12%
Artritis	4	8%
Asma	2	4%
Hipotiroidismo	2	4%
Problemas venosos	2	4%
Calculo renal	1	2%
Cáncer	1	2%
Sinusitis	1	2%
Hipotensión	1	2%
Soplo cardiaco	1	2%
Alzheimer	1	2%
Vitíligo	1	2%
TOTAL	50	100%

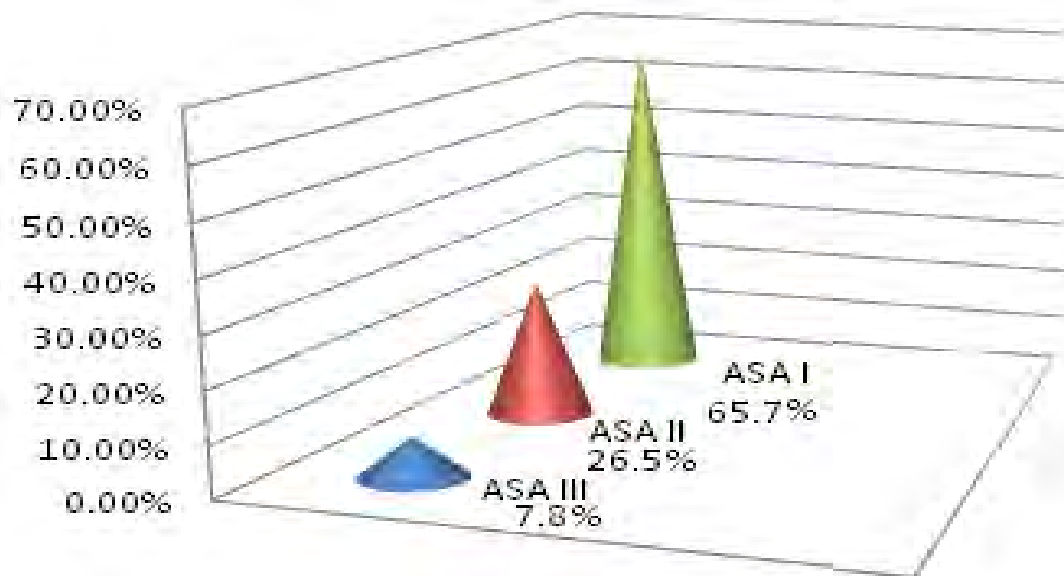
*Fuente directa.

Grafica 1 – Ocupación



*Fuente directa.

Grafica 2 – Clasificación ASA



*Fuente directa

9. DISCUSIÓN

Fueron analizadas las historias clínicas de los pacientes atendidos de urgencia en la clínica periférica de Azcapotzalco. La distribución por clasificación ASA de los pacientes atendidos en la clínica, en la que más de la mitad de los pacientes son ASA I (65.7%), es afín al registrado en un estudio realizado por el Dr. Díaz (2008) en el edificio central de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. (67%)⁵. Sin embargo difiere en la ocupación de los pacientes que acuden a consulta; predominando más la población estudiantil (40.6%) que acude a consulta en el edificio central⁵ en contraste con la población económicamente activa (35.3%) que acude a consulta en la clínica periférica de Azcapotzalco. A pesar de estar localizadas ambas instalaciones en la ciudad de México, esto puede dar cuenta del tipo de población que acude a las mismas y de la importancia de la atención de pacientes por urgencias odontológicas en las clínicas periféricas.

En un artículo publicado por Chandler²; refiere un estudio sobre riesgo ASA realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, España entre 1998 y 1999 encontrando que el 69.4% estaban incluidos en el grupo ASA I, el 17.3% fueron clasificados como ASA II, el 9.4% como ASA III y el 2.5% como ASA IV y una edad media de 49.3 años. En el año 2008, Inpijn³ describe en un artículo, un estudio llevado a cabo por expertos médicos y dentales en 10 países europeos en el cual investigaron la prevalencia de enfermedades que podrían interferir con el tratamiento dental. El estudio fue realizado en el Centro Médico Académico (Holanda), La Universidad de Cork (Irlanda), Universidad de Nijmegen (Países bajos), La Junta Nacional de Salud y Bienestar (Suecia), Klinikum Philipps (Alemania), Universidad de Sevilla (España), Universidad Católica Leuven (Bélgica), Universidad Víctor Segalen (Francia), Facultad de Odontología Reykiavik (Islandia).

Departamento de medicina oral (Irlanda del norte), Universidad de Thessaloniki (Grecia), Universidad de Semmelweis (Hungría).

El estado ASA de los pacientes en España difiere del estudio anterior al encontrar que del 69.4% de los pacientes ASA I ² en 1998, se observo una disminución hasta el **4% ASA I** actual³ con respecto al estudio anterior y los pacientes **ASA II** se incrementaron de 17.3% a **65%**³, del mismo modo la edad media de los pacientes estudiados se incremento de 49.3 a 51.9 años, lo cual es un claro ejemplo de la reducción de pacientes sanos (ASA I), en un periodo no mayor a 10 años. El resto de los países incluidos en el estudio de Inpijn, son (Cuadro 4)³:

***Cuadro 4 – Distribución ASA en países europeos.**

PAÍS	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV	EDAD PROMEDIO
Alemania	38%	48%	9%	5%	43.3 años
Bélgica	35%	40%	14%	11%	51.4 años
Francia	29%	53%	10%	8%	45.3 años
Grecia	22%	52%	18%	8%	57.7 años
Hungría	28%	43%	12%	17%	46.0 años
Irlanda	23%	48%	17%	12%	57.0 años
Islandia	52%	39%	7%	2%	49.1 años
P. Bajos	46%	35%	14%	5%	41.0 años
Suecia	30%	41%	26%	3%	66.5 años

*Tomado de : L. A. Inpijn., Gordon R., Didi A.; A patient-administered Medical Risk Related History questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries (multicenter trial); Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008;105:597-605

Este estudio puede ser una muestra de cómo el estado ASA I de los pacientes que acuden por atención dental puede modificarse con el tiempo, siendo muy notorio en ciertos países en los cuales prevalecen pacientes ASA II. Caso contrario ocurre en Islandia, quien todavía se encuentra en un margen de salud aceptable al encontrar un mayor porcentaje de pacientes ASA I (52%); De igual manera los Países Bajos (Holanda, Antillas Neerlandesas y de Aruba) con 46% de los pacientes ASA I, paradójicamente mientras mas aumenta la esperanza y calidad de vida, mas aumenta la incidencia de padecer ciertas enfermedades con la edad, por lo que van disminuyendo los pacientes que son considerados “sanos”, por la clasificación ASA PS. Estos estudios son de gran utilidad ya que se pueden comparar poblaciones, al analizar los resultados en relación con las características de salud de los pacientes a nivel global.

10. CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes atendidos de urgencias en la clínica periférica de Azcapotzalco fueron clasificados como ASA I (65.7%). La muestra estudiada acudió a la clínica y el motivo principal de urgencia fue dolor.

La clasificación ASA ha demostrado ser útil para evaluar la enfermedad coexistente de los pacientes, al ser un sistema sencillo de aplicar, nos permite valorar que no exista riesgo para la salud del paciente durante la consulta dental de urgencia y funciona muy bien en una amplia variedad de escenarios clínicos, ya que podemos pronosticar ejemplos de casos en cuanto y cómo encajarían en la clasificación.

11. PROPUESTAS

- La clasificación ASA debe formar parte habitual del formato de historia clínica de urgencia dental en nuestra práctica diaria para estimar la severidad de las condiciones de los pacientes.
- La primera necesidad en la consulta dental de urgencia debe ser distinguir a los pacientes que tienen antecedentes médicos.
- El Cirujano Dentista siempre debe buscar información para ayudar a determinar el estado real de salud del paciente, ya que en muchas ocasiones el paciente niega tener antecedentes médicos, porque no suele darle importancia y no lo relaciona con su problema oral.
- Siempre tener presentes las modificaciones en la terapia en caso de una emergencia durante la consulta dental.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Saklad M.; Grading of patients for surgical procedures; Anesthesiology. 1941; 2(3):281-284.
2. Chandler L., Martínez A., Bullón P.; Valoración del riesgo médico en la consulta dental mediante la encuesta EMRRH. Med. Oral 2004; 9: 309-20.
3. L. A. Inpijn., Gordon R., Didi A.; A patient-administered Medical Risk Related History questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries (multicenter trial); Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008;105:597-605
4. William J., Mea A.; Implementation of the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System in Periodontal Practice; J Periodontol 2008;79:1124-1126
5. Díaz R., Gómez P., García Rubio M.; Clasificación ASA en 21,734 pacientes de la Facultad de Odontología de la UNAM; Dentista y paciente; 2009; 8: 12-17
6. Malamed S. (1994); URGENCIAS MEDICAS EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA; 4ª edición; Mosby/Doyma Libros; Madrid España; Pp. 2-9, 38-48
7. Mark J. Lema, M.D., Ph.D.; Using the ASA Physical Status Classification May Be Risky Business; ASA NEWSLETTER;2002;66;9

8. Daniel L. Davenport, PhD, Edwin A. Bowe, MD; National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) Risk Factors Can Be Used to Validate American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification (ASA PS) Levels; *Annals of Surgery*;2006;243;5: 636-644
9. Owens WD. American Society of Anesthesiologists physical status classification system is not a risk classification system. *Anesthesiology*. 2001; 94(2):378.
10. Braga K., Ribeiro, Kowalski L.; APACHE II, POSSUM, and ASA Scores and the Risk of Perioperative Complications in Patients With Oral or Oropharyngeal Cancer ; *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. July 2003;129:739-745
11. Walton E. ; ENDODONCIA, PRINCIPIOS Y PRACTICA CLÍNICA; México 1991: McGraw-Hill Interamericana; Pp. 304
12. Tronstad L. ; ENDODONCIA CLÍNICA; España 1993; Ediciones Científicas y Técnicas; Pp. 141
13. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública. Guía Clínica Urgencia Odontológica Ambulatoria. Santiago: Chile 2007: Pp.: 17-30
14. Gutmann L. ; SOLUCION DE PROBLEMAS EN ENDODONCIA; España 2007; Elsevier Mosby; Pp. : 281-290
15. González N; Infecciones bacterianas de origen pulpar y periodontal; *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9 Suppl: S32-6.

16. Medina E. , Córdova L. , Casanova A. ; Fracturas maxilofaciales y factores asociados en derechohabientes del IMSS Campeche, México, Análisis retrospectivo 1994-1999; Gac Méd Méx Vol.140 No. 1, 2004
17. Diario Oficial de la Federación; Publicación del 30 septiembre de 1999; México; Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico; Pp. 29-30.
18. Diario Oficial de la Federación; Publicación del 6 enero de 1995; México; Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales.
19. Llanio R., Perdomo G. ; PROPEDÉUTICA CLÍNICA Y SEMIOLÓGICA MÉDICA; Cuba 2003; Editorial Ciencias Médicas; Pp. 626-1229
20. MIGNECO A. , OJETTI V. , TESTA A. , DE LORENZO A. ; Management of thyrotoxic crisis; European Review for Medical and Pharmacological Sciences; 2005; 9: 69-74
21. Bavbek S.; Treatment of acute asthma; Tuberk Toraks. 2005; 53(1):80-94.