



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DETERMINACIÓN DE RIESGO MEDIANTE LA
CLASIFICACIÓN DE ASA EN PACIENTES CON
NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

FÁTIMA GISELLE GASGA BRITO

TUTORA: Esp. PATRICIA MARCELA LÓPEZ MORALES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Mi papá siempre me lo dijo, lo difícil no es entrar a la Universidad, sino salir, cuánta razón, no me imaginaba lo que estaba por venir cuando usé mi pijama quirúrgica por primera vez. Lo que sí tuve en mente cuando elegí ser Cirujana Dentista es que sería un reto y sin duda lo fue, pero eso ha sido lo más emocionante de mi carrera y el hecho de que efectivamente me convertí en tu doctora abuelito Cipriano, te agradezco porque fue en ti en quien escuche esa frase por primera vez y estoy segura despertaste en mí esa curiosidad por aprender a cuidar de los demás. Y bueno, no solo yo fui acreedora de tan grande reto, sin ustedes Minerva y Miguel Ángel, mis guías en la vida, mis mentores, mis padres, no habría logrado nada de lo que soy ahora, estoy infinitamente agradecida por todo el cariño y apoyo que toda la vida me han dado y este triunfo lo comparto con ustedes y con mi hermanito Migue, quien ha sido mi compañerito de aventuras en este trayecto de estar por nuestra cuenta, he aprendido mucho de ti también, el verte crecer como persona y profesionalmente me motiva a seguir adelante, gracias.

Agradezco a mis pacientes, buenas experiencias, otras no tanto, pero su confianza en mí fue fundamental para lograr mi desarrollo en las clínicas en los ámbitos odontológicos y psicosociales.

Pero primordialmente me agradezco a mí misma, porque estoy orgullosa de lo que soy y lo que he logrado en mi vida, aún más desde que me mudé a esta selva de concreto e ingresé a mi querida UNAM, con aciertos y errores he salido adelante, mi cuerpo, mi mente y mi espíritu son los protagonistas de un éxito más en mi vida. Siempre recordando que puedo caer cien veces, pero me levantaré ciento y una más.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN	7
1.1 DISCAPACIDAD Y COMPROMISO SISTÉMICO	7
1.2 ATENCIÓN SANITARIA	8
1.3 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.....	9
1.3.1 ABORDAJE CONDUCTUAL.....	12
1.3.2 EVALUACIÓN DEL PACIENTE	13
1.3.3 ORGANIZACIÓN ODONTOLÓGICA	14
2. RIESGO SANITARIO	16
2.1 CONCEPTO	16
2.2 FACTORES DE RIESGO	16
2.2.1 FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.....	20
2.2.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y SALUD (CIF)	20
2.2.3 NIVELES DE PREVENCIÓN ANTE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO	23
3. CLASIFICACIÓN DE ASA	27
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	27
3.2 CLASIFICACIÓN DE ASA MÉDICA.....	28
3.3 CLASIFICACIÓN DE ASA ODONTOLÓGICA	31
CONCLUSIONES	33

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 35



INTRODUCCIÓN

Generalmente se piensa que la atención odontológica de Pacientes con Necesidades Especiales, específicamente con discapacidad, es exclusiva del sector hospitalario por la complejidad en el manejo de condiciones sistémicas y conductuales que la mayoría de este tipo de pacientes presenta, otra razón es porque no se cuenta con el instrumental, material y entrenamiento requeridos para su atención e incluso porque muchas veces no existen las condiciones arquitectónicas (accesibilidad) que faciliten su atención en el consultorio o clínica dental.

Naturalmente, todo ser humano tiene derecho a la salud, no importando su edad, género, etnia, condición social o si posee algún tipo de discapacidad, razón por la cual al no brindar atención a este grupo de pacientes con Necesidades Especiales sería motivo de discriminación. Sabiendo esto, no puede tampoco demeritarse el trabajo especializado que se realiza en el sector hospitalario y que, cuando el odontólogo general preste este servicio de atención, logre identificar los momentos en que puede proceder (siempre bajo manejo multidisciplinario) o aquellos en que será necesaria la atención totalmente hospitalaria.

Al existir falta de servicios médicos y odontológicos adecuados para personas con discapacidad, ha acrecentado cada vez más la atención en la consulta privada, en este sentido, el odontólogo general o especialista, ayudándose de herramientas que le ayuden a clasificar las condiciones de riesgo, las situaciones relacionadas con la salud, así como entrenamientos teórico-prácticos para la atención de urgencias médico-odontológicas dirigidos a brindar atención primaria a los pacientes con esta condición, así pues, se



podría lograr un diagnóstico más acertado y en los casos que fuera posible, la implementación del tratamiento y pronóstico.

El objetivo de este trabajo es ayudar a determinar el riesgo de atención odontológica en Pacientes con Necesidades Especiales, todo lo anterior sustentado en la revisión de la Clasificación de ASA, lo que podrá mejorar considerablemente la toma de decisiones al recibir pacientes con estas condiciones, actuar bajo fundamentos y no dar lugar a la exclusión o discriminación.



1. PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN

Para iniciar esta revisión bibliográfica, es importante definir los conceptos de pacientes con Necesidades Especiales de Atención, discapacidad y compromiso sistémico ya que son los grupos poblacionales a quienes va dirigida la información obtenida de este trabajo.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define a los pacientes con Necesidades Especiales de Atención a aquellos que poseen dificultades (físicas, mentales, sensoriales, del desarrollo, conductuales, emocionales, déficit cognitivo) y condiciones limitadas que requieran de atención médica (alteraciones sistémicas, con necesidad de programas o servicios especializados en el tratamiento).^{1, 2}

La afección puede ser congénita, del desarrollo o adquirida a través de una enfermedad, un trauma o una causa ambiental y puede imponer limitaciones en la realización de actividades diarias de auto mantenimiento o limitaciones sustanciales en una actividad importante de la vida.²

1.1 DISCAPACIDAD Y COMPROMISO SISTÉMICO

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)³ de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Según datos de la OMS, más de mil millones de personas, o sea, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad. Es probable que casi todas las personas experimenten alguna forma de discapacidad (ya sea de manera temporal o permanente) en algún momento de su vida.⁴

Desde un enfoque biopsicosocial, la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) define esta condición como un concepto que evoluciona, surge en la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras (tales como factores en el entorno, que cuando están presentes o ausentes limitan el funcionamiento) y evitan la participación plena y efectiva en la sociedad, colocándolos en una injusta situación de desventaja e inequidad, por lo tanto, es necesario que exista la responsabilidad social.^{4,5} Figura 1



Figura 1. Tipos de discapacidad.⁶

En resumen, desde los enfoques estudiados, los pacientes con Necesidades Especiales de Atención y los pacientes con alguna discapacidad tienen grandes desafíos para participar equitativamente en las actividades diarias, en las cuales todos los individuos tienen derecho a desarrollarse integralmente; por lo tanto, el acceso a la atención sanitaria también es un derecho indispensable, del cual se abordará en el siguiente subtema.^{4,5}

1.2 ATENCIÓN SANITARIA

La Organización Mundial de la Salud indica que todas las personas con discapacidad que forman parte del grupo de Pacientes con Necesidades Especiales de Salud requieren tener acceso a los servicios cotidianos de asistencia sanitaria.⁴



En el artículo 25 de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad se menciona que Los Estados Partes reconocen que las personas con esta condición tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, además de ser beneficiarios de programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que las demás personas y se impedirá que se nieguen de forma discriminatoria servicios que se encargan de brindar atención a la salud.⁵

Las personas con discapacidad tienen mayores factores de riesgo para la salud, sin embargo, tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y sus necesidades frecuentemente no son satisfechas. El número de personas con Necesidades Especiales de Atención está aumentando debido al envejecimiento de la población y al aumento de prevalencia de enfermedades crónicas.^{3,4}

1.3 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

A pesar de reconocerse el importante papel que representa la atención odontológica como un derecho a la salud, lamentablemente las personas con discapacidad no siempre son atendidas con agrado por parte del personal y muchos odontólogos no se motivan a aceptarlos como pacientes, emitiendo criterios de remisión sin intentar atenderlos por la vía convencional.^{2,4}

Las carencias en la atención primaria existen por considerar que las personas con discapacidad deben ser atendidas siempre por especialistas. También porque se presentan deficiencias en los sistemas de prevención. En consecuencia, las personas con discapacidad intelectual mueren entre 15 y 20 años antes que la población general, cifra que se eleva hasta los 20 o 25 años en el caso de las personas con discapacidad psicosocial.^{3,4}

Es conocido que muchas alteraciones sistémicas (por ejemplo enfermedades hematológicas y oncológicas) presentan manifestaciones bucales; los pacientes inmunosuprimidos (por leucemia, neoplasias, VIH, SIDA) o con condiciones cardíacas asociadas con el riesgo de endocarditis, pueden ser especialmente vulnerables a la presencia de enfermedades bucales; también estos pacientes pueden llegar a presentar trastornos o afecciones que se manifiestan solo en el complejo orofacial, por ejemplo, amelogénesis y dentinogénesis imperfecta, labio paladar hendido, cáncer oral, maloclusiones entre otras. Los pacientes con discapacidad mental, física o del desarrollo, que no tienen la facultad de comprender y asumir responsabilidades o para cooperar con el tratamiento preventivo, también son susceptibles. En consecuencia, la salud bucal es una parte inseparable de la salud general y bienestar del paciente. ^{1, 2, 7}

Al tener presente que el consultorio odontológico es un espacio de acceso público, el profesional debe ofrecer condiciones favorables de acceso para cualquier individuo, por ejemplo rampas para sillas de ruedas y espacios adecuados para su vehículo. ⁸ Figura 2



Figura 2. Rampa que brinda acceso favorable para cualquier individuo. ⁹



Courtney H. presidenta asociada de Odontología Pediátrica en la Universidad de Nueva York comenta que las personas con discapacidades y afecciones médicas complejas enfrentan demasiadas barreras para acceder a los servicios de salud bucal, incluida la búsqueda de un dentista con las habilidades y capacidades para administrar su atención. ¹⁰

Algunos profesionales del área odontológica consideran no estar preparados para atender a una persona con discapacidad, entre ellas las que tienen que ver con la salud mental, además, existen dudas sobre el manejo de la consulta ante la presencia de una persona con esta condición, de forma que se dificulta la comunicación y el entendimiento entre ellos. ²

Asumir la dificultad que genera la llegada de un paciente con discapacidad en la rutina de un consultorio, la necesidad de condiciones arquitectónicas y de equipos especiales, la inadecuada compensación del tiempo invertido en cada paciente y finalmente los honorarios generados no es una tarea fácil; requiere preparación para prestar un servicio digno. ¹¹

Lograr que todos los niveles de los sistemas de salud existentes sean más inclusivos y que los programas de salud pública sean asequibles a las personas con discapacidad permitirá reducir las desigualdades y las necesidades no satisfechas en la esfera de la salud. Aunque las personas con discapacidad deberían recibir los servicios de atención primaria, hay que disponer de servicios, organizaciones e instituciones especializadas para asegurar una atención de salud integral cuando sea necesario. ^{1, 2, 11}

Por lo tanto, la evaluación para verificar si el paciente que recibirá algún tipo de abordaje odontológico necesita de cuidados médicos adicionales, debe ser realizada durante las fases de diagnóstico, prevención, tratamiento

(incluyendo material, instrumental y abordaje) y en el post-operatorio como se explica en el siguiente subtema. ^{4, 5}

1.3.1 ABORDAJE CONDUCTUAL

Para establecer desde un inicio buena comunicación durante el tratamiento odontológico con todos los pacientes es fundamental una evaluación del desarrollo mental o del grado de la función intelectual del paciente. Normalmente la información obtenida es gracias a los padres o responsables, con los cuales se recomienda entrevistarse antes de la visita con el paciente, ya que esto puede ser útil en la planificación del tratamiento. ²

Si las vías de comunicación con los padres de pacientes con necesidades especiales no pueden ser obtenidas debido a una limitante, tal como una deficiencia auditiva, el odontólogo general debe atender a estos pacientes con otros medios eficaces de comunicación. ⁸ Figura 3



Figura 3. Atención odontológica a paciente con necesidades especiales. ¹²



1.3.2 EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Si es regla general que durante la evaluación inicial de todos los pacientes es indispensable conocer su historia clínica médica, entonces este elemento es aún más esencial en pacientes con necesidades especiales para disminuir el riesgo de complicar su condición en el momento de ser sometido al tratamiento odontológico. Por lo tanto, la historia clínica médica debe ser minuciosa y detallada para obtener el diagnóstico correcto tomando en cuenta su condición y ofrecer un plan de tratamiento eficaz. ¹³

En todos los pacientes, además del examen de la cavidad bucal, también debe ser realizado un examen completo y detallado de la cabeza y cuello; por otro lado, la evaluación de la actividad cariogénica y de los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad debe ser realizada en un determinado momento, y debe ser aplicada periódicamente para evaluar las alteraciones de los factores de riesgo del individuo. Finalmente, un programa preventivo individualizado incluyendo llamadas para recordar sus consultas, debe ser contemplado en la evaluación de riesgo de desarrollo de la enfermedad de caries dental, así como la implementación de medidas del cuidado de la salud oral. ^{1, 13, 14}

Existen aspectos básicos que debe contener la historia clínica, es necesario realizar énfasis en indagar durante la anamnesis elementos importantes que enriquezcan el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cada individuo. ¹³ Figura 4

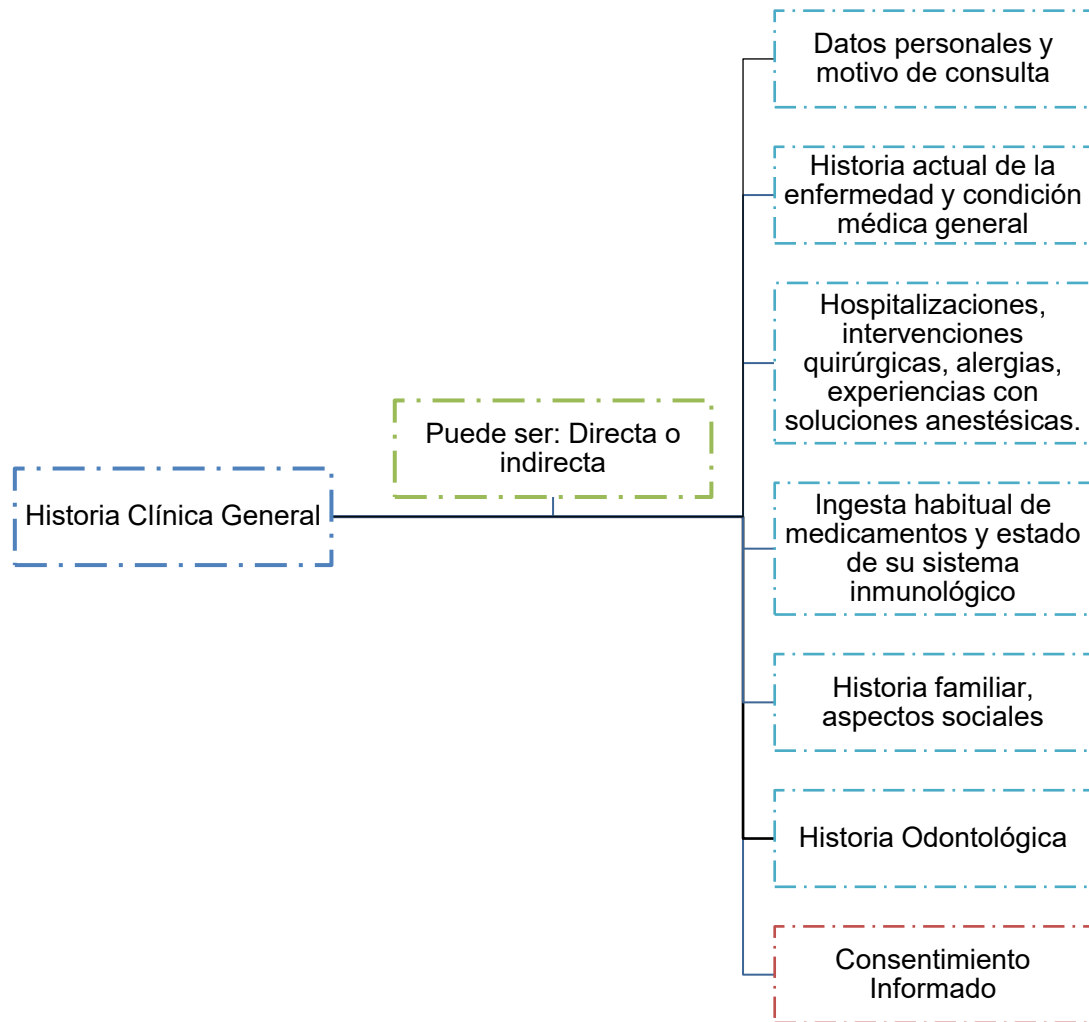


Figura 4. Elementos de la historia clínica general. ¹³

1.3.3 ORGANIZACIÓN ODONTOLÓGICA

Posterior al contacto inicial y con la información obtenida se deben hacer las anotaciones relacionadas a la presencia y la naturaleza de la necesidad especial del paciente, así como datos del equipo médico que lo trata. En el consultorio dental, bajo la orientación del odontólogo general se debe anexar



la hoja de anotaciones y registrar el grado de dificultad para tomar en cuenta las medidas necesarias para optimizar la atención en las visitas siguientes. ¹³

El odontólogo debe planificar el tratamiento dental después de una interconsulta previa con el equipo médico que atiende al paciente, este incluye médicos, enfermeros y asistentes sociales. ¹

Cada que sea necesario, se debe realizar una hoja de interconsulta para conocer datos sobre los medicamentos, sedación, anestesia general y las limitaciones o cuidados especiales requeridos para garantizar la seguridad antes, durante y después de la atención odontológica. ¹⁴

Sin embargo, el odontólogo y su equipo deben estar preparados para controlar una emergencia médica, por ello, en el siguiente capítulo se estudian algunas herramientas que pueden ser usadas para la determinación del riesgo en la atención del paciente con discapacidad.



2. RIESGO SANITARIO

Para iniciar este capítulo, se define el concepto de riesgo sanitario, el cual ha existido a lo largo de toda la historia, el interés en estudiarlo se ha intensificado en los últimos decenios, agregándose perspectivas nuevas. El análisis de riesgos ha crecido rápidamente, abordando la definición, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana y el medio ambiente; este conjunto de actividades se conoce como evaluación de riesgos. ¹⁵

2.1 CONCEPTO

La OMS define el riesgo como la probabilidad de un resultado sanitario adverso o un factor que aumenta esa probabilidad. Por ejemplo, podría considerarse un riesgo la respuesta a la pregunta *¿Cuál es el riesgo de contraer VIH/SIDA a través de una aguja contaminada?*; también, al denotar un factor que aumenta la probabilidad de un resultado adverso se pueden ejemplificar los riesgos para la salud del niño, dentro de los que figuran la malnutrición, agua insalubre y contaminación de aire de interiores. ¹⁵

2.2 FACTORES DE RIESGO

Existen diversas situaciones que puede afectar el desarrollo de los niños, estas se deben identificar para determinar el peligro que se corre de no crecer adecuadamente, enfermar o sufrir desnutrición y en consecuencia proporcionar la atención especial que se requiere. A estos elementos se les ha denominado factores de riesgo, los cuales aumentan la probabilidad de ocasionar deficiencias en el desarrollo si no se interviene de manera oportuna. Si es alto el número de factores de riesgo, mayor es el riesgo de un desarrollo deficiente. Cuando se identifican los factores que pueden afectar a una

población, hay mayor probabilidad de emprender acciones concretas para eliminarlos, disminuirlos o evitarlos. ^{15, 16}

Se han estudiado diferentes clasificaciones sobre dichos factores de riesgo dependiendo de la disciplina que los aborde. En esta sección, se organizan en factores orgánicos y ambientales. ¹⁶

Los factores de origen orgánico están divididos en tres grupos: prenatales, perinatales y posnatales (Figuras 5, 6 y 7). Por otro lado, se ejemplifican los factores de riesgo ambientales, que a su vez se clasifican en dos rubros, el primero hace referencia a los aspectos sociofamiliares que son aquellos relacionados con la estructura familiar y social que pueden afectar el desarrollo (Figura 8); el segundo rubro son los factores medioambientales, estos tienen que ver con las condiciones socioeconómicas y culturales desventajosas. ¹⁶ Figura 9

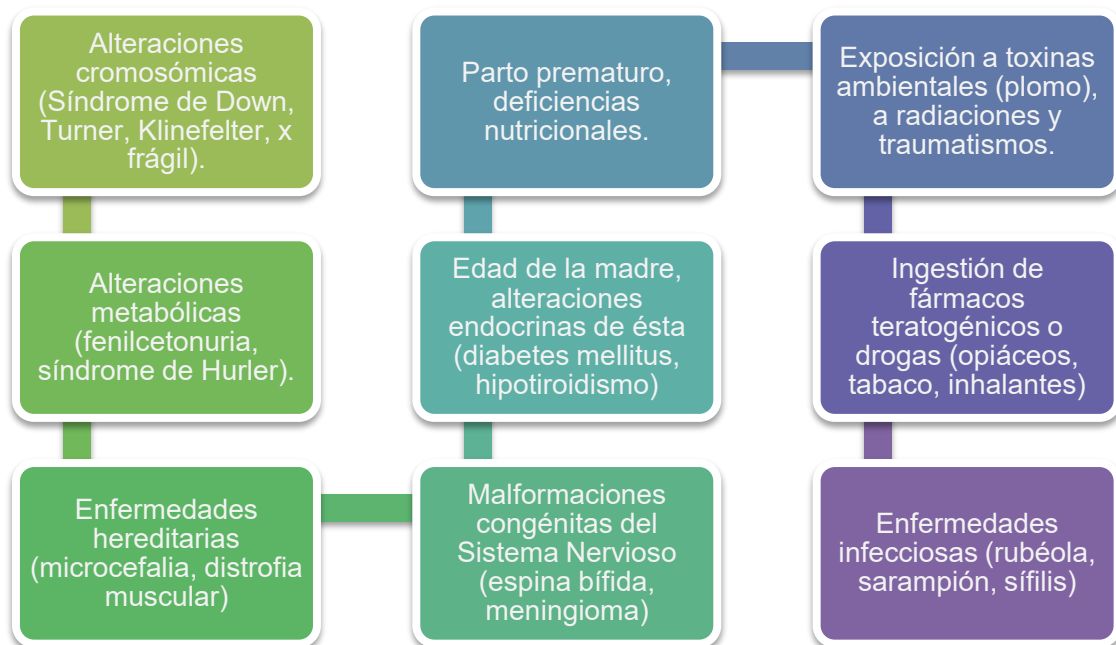


Figura 5. Factores Orgánicos: prenatales. ¹⁶

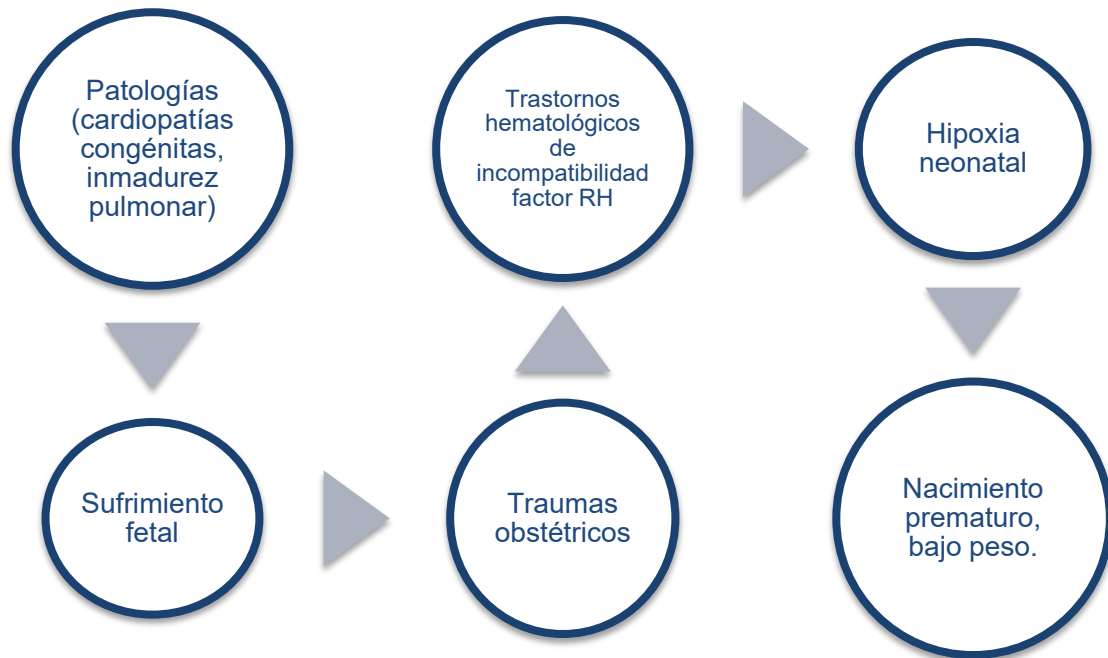


Figura 6. Factores Orgánicos: perinatales. ¹⁶

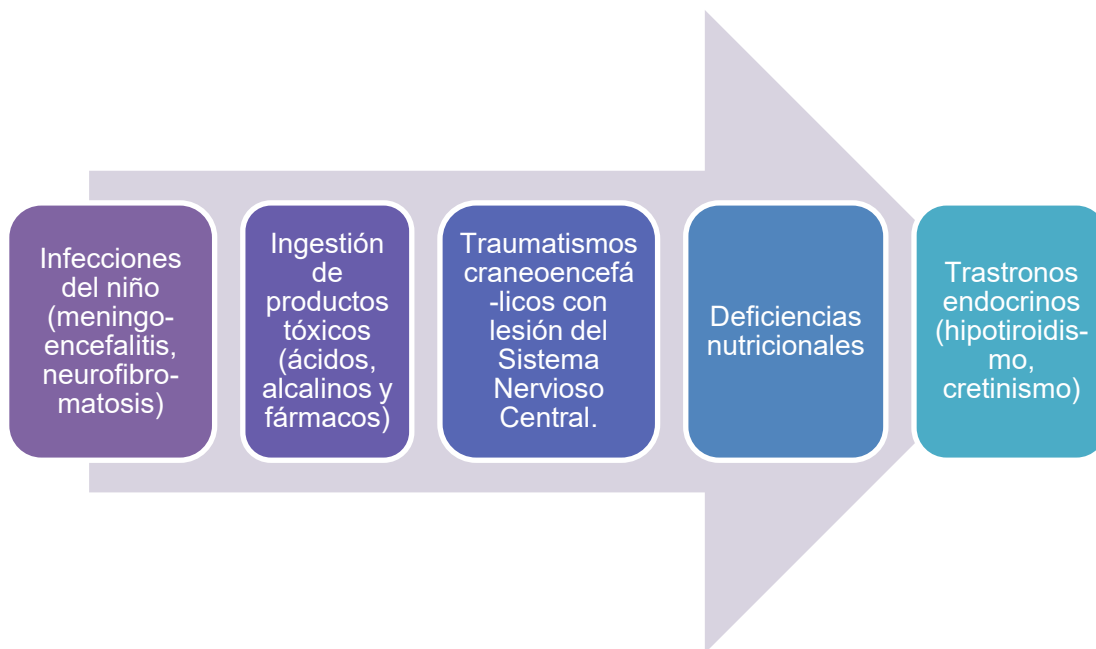


Figura 7. Factores Orgánicos: posnatales. ¹⁶

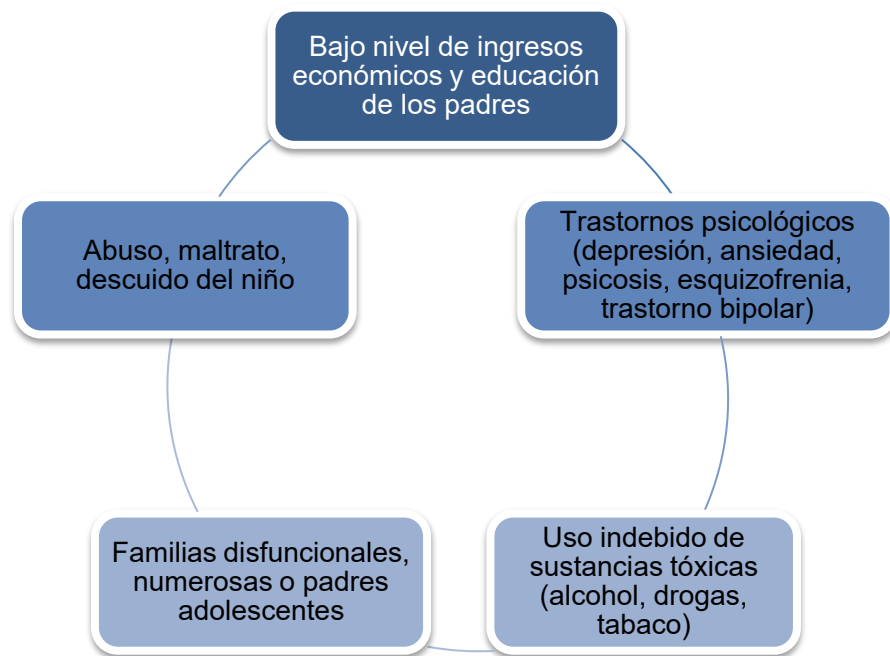


Figura 8. Factores Ambientales: sociofamiliares. ¹⁶

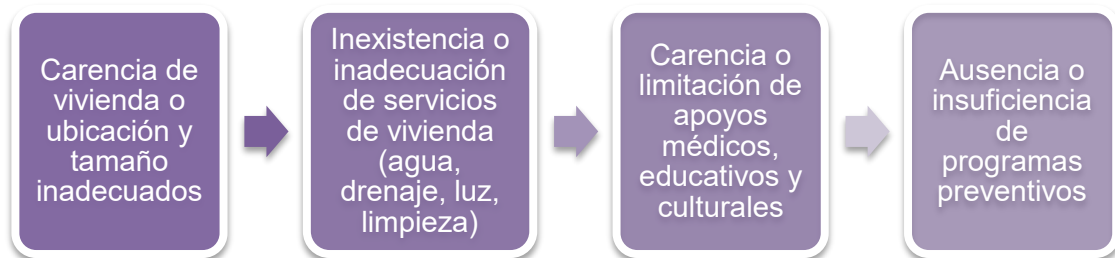


Figura 9. Factores Ambientales: medioambientales. ¹⁶



2.2.1 FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

La importancia de conocer los factores de riesgo a los que un individuo puede estar expuesto a lo largo de su vida es el lograr prevenir los problemas relacionados con cualquier alteración del desarrollo que pueda ocurrir más adelante. A continuación se abordará una clasificación más específica para nuestros grupos de estudio que puede usarse como herramienta de ayuda para describir y comparar la salud de la población en un contexto internacional, con el fin de identificar factores de riesgo desde una perspectiva biológica, individual y social. ³

2.2.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL, DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y SALUD (CIF)

La CIF brinda un lenguaje unificado y estandarizado para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud (tales como educación, trabajo, etc.). ³

La CIF pertenece a la familia de clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS. Dentro de estas clasificaciones, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones etc.) se ordenan principalmente en la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión) que proporciona un diagnóstico de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enriqueciéndose por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento. ³

La familia de clasificaciones internacionales de la OMS constituye una valiosa herramienta para describir y comparar la salud de la población dentro



de un contexto internacional. Se han propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento. Existe por ejemplo, el modelo médico que considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición social, con requerimiento de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales.^{3,4}

El objetivo del modelo médico, está encaminado a conseguir la cura, un cambio en su conducta o una mejor adaptación de la persona. Por otro lado, el modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y primordialmente se centra en la completa integración de las personas en la sociedad, define que la discapacidad no es un atributo de la persona sino un conjunto de condiciones, las cuales son creadas por el contexto social.^{3,4}

Así pues, la CIF está basada en la integración de estos dos modelos opuestos. A fin de conseguir la integración de las diversas dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque *biopsicosocial* para proporcionar una visión coherente de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.³

Los dominios y definiciones de la CIF son siete y contienen sus respectivas aplicaciones en odontología.³ Tabla 1

<i>DOMINIO</i>	<i>DEFINICIÓN</i>
<i>Funciones corporales</i>	Funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluye funciones psicológicas (Cavidad oral como parte del Sistema Digestivo)
<i>Estructuras corporales</i>	Partes anatómicas del cuerpo, órganos, extremidades y sus componentes. (Manifestaciones cráneo-faciales y orales)
<i>Impedimentos</i>	Problemas funcionales/ estructurales, desviación significativa o pérdida. (Permanencia de boca abierta, maloclusiones, alteraciones masticatorias y articulares). Figura 10
<i>Actividad</i>	Realización de una tarea o acción por una persona. (Promoción de la salud oral)
<i>Participación</i>	Actividades diarias. (Alimentación, socialización)
<i>Limitaciones en las actividades</i>	Dificultad en el desempeño de tareas. (Eficiencia en la higiene bucal) Figura 11
<i>Restricción en la participación</i>	Problemas experimentados vida diaria. (Consulta dental).
<i>Factores ambientales</i>	Contexto ambiental que se vive; individual y social. (Conocimiento de los padres de familia sobre aspectos de Educación para la Salud Bucal)

Tabla 1. Dominios y definiciones de la CIF aplicados en odontología. ³



Figura 10. Ejemplos de maloclusiones en pacientes con Síndrome de Down. ¹⁷



Figura 11. Eficiencia en la higiene bucal. ¹⁸

Dentro de los factores ambientales, los *factores individuales* incluyen el entorno inmediato del individuo; espacios como el hogar, trabajo o escuela, así como las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, también el contacto directo con otras personas como familia, amigos, compañeros y desconocidos.

Por otro lado, los *factores sociales* son estructuras formales o informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura. Incluye organizaciones, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, comunicación o de transporte. ³

2.2.3 NIVELES DE PREVENCIÓN ANTE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud en su Glosario de Términos define la prevención como: “La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. ¹⁹

Asimismo, la OMS clasifica la prevención en tres niveles, *prevención primaria, secundaria y terciaria*.¹⁹ Tabla 2

Niveles de Prevención	Objetivo	Acciones	Ejemplos
<i>Primaria</i>	Evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.	Promoción de la Salud	Adoptar medidas que modifiquen el modo de vida para mantener el estado de bienestar. Figura 12.
		Protección Específica	Inmunización, control de exposición a agentes patógenos, eliminación o disminución de comportamientos insalubres.
<i>Secundaria</i>	Detección e intervención precoz de cualquier alteración en el desarrollo antes de que se manifieste por completo.	Servicios de diagnóstico temprano, tratamiento precoz, detección de factores de riesgo y actividades sociales y educativas.	Estudios de laboratorio, detección de enfermedades infecciosas (riesgo a caries o enfermedad periodontal) control personal de biofilm, etc. Figura 13.
<i>Terciaria</i>	Existe ya un daño o discapacidad, detención del deterioro de la salud y alcance del máximo desarrollo integralmente.	Tratamiento adecuado, reducción de recidivas y establecimiento de cronicidad.	Colocación de selladores de fosetas y fisuras, aplicaciones de fluoruro, control de dieta y mantenimiento. Figura 14.

Tabla 2. Niveles de Prevención.^{16, 19}



Figura 12. Nivel de prevención primaria: promoción de la salud. ²⁰



Figura 13. Nivel de prevención secundaria: Control personal de Biofilm. ²¹



Figura 14. Nivel de prevención terciaria: Aplicaciones tópicas de fluoruro. ²²



En resumen, todos los individuos están expuestos al riesgo sanitario y dependiendo de la situación existen diversos factores de riesgo que pueden o no desencadenar alteraciones en el desarrollo integral de cada persona. A través de los niveles de prevención es posible implementar acciones encaminadas a evitar la aparición de enfermedad, determinando los factores de riesgo para disminuirlos o eliminarlos y así detener el deterioro de la salud.^{16, 19} En el siguiente tema se abordará la Clasificación ASA, ésta en combinación con la identificación de factores de riesgo de cada paciente, ayudará en la toma de decisiones para la determinación del riesgo de atención a Pacientes con Necesidades Especiales.



3. CLASIFICACIÓN DE ASA

El sistema de clasificación del estado físico de *American Society of Anesthesiologists* (ASA-PS por sus siglas en inglés), es el método de evaluación más utilizado por los anesthesiólogos previo al procedimiento anestésico.¹⁵

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El concepto de clasificación de la ASA-PS fue sugerido en 1940 por el Comité de *American Society of Anesthetist* (Sociedad Americana de Anestesiólogos) como un registro subjetivo preoperatorio del estado general del paciente, esta clasificación estratifica la gravedad de la enfermedad en seis categorías con una terminología en común.²³

Posteriormente, en 1961, Dripps RD y cols. modificaron la clasificación, definiéndola como un sistema de puntuación del estado físico y consistía en cinco categorías. En 1962 la Cámara de Delegados de la ASA agregó a la clasificación la letra “E” para el registro de cirugías de emergencia. Actualmente, la clasificación consiste en seis categorías, donde la sexta corresponde al paciente con muerte cerebral y candidato a donación de órganos.^{23, 24}

Por sí solo, el sistema de clasificación no predice los riesgos perioperatorios, pero utilizado con otros elementos (como el tipo de cirugía, habilidad y experiencia del cirujano en el procedimiento, calidad del postoperatorio) puede ser útil para predecir los riesgos perioperatorios. La asignación de un nivel de clasificación de estado físico es una decisión clínica basada en múltiples factores. Si bien la clasificación del estado físico puede



determinarse inicialmente en varios momentos durante la evaluación preoperatoria del paciente, la asignación final de la clasificación del estado físico se realiza por el anestesiólogo el día del procedimiento anestésico después de evaluar al paciente. ²³

3.2 CLASIFICACIÓN DE ASA MÉDICA

La Clasificación ASA-PS es una evaluación preoperatoria del estado físico del paciente y por sí misma no es un predictor de riesgo quirúrgico. El riesgo perioperatorio es el resultado de la combinación del estado físico del paciente, la potencial agresión fisiológica que el procedimiento va a causar, experiencia y habilidad del operador, el soporte fisiológico durante el periodo pre y postoperatorio, entre otros factores a considerar. Este sistema estratifica la enfermedad a nivel sistémico, lo que indirectamente puede conducir a acontecimientos adversos durante alguna intervención. ²⁵

El objetivo de realizar una correcta y detallada anamnesis, así como una exploración física completa es proporcionar al paciente la técnica anestésica más conveniente y el control preoperatorio más seguro, para valorar los riesgos y beneficios de las diversas técnicas anestésicas. La información obtenida y la resolución de dudas que plantean padres y niños disminuyen mucho la ansiedad de ambos, lo que mejora la respuesta neuroendocrina y el grado de satisfacción. Es de carácter obligatorio informar a los padres sobre cualquier procedimiento planeado en llevar acabo y la comprensión y aceptación de éste por los padres quedará reflejada con la firma de Consentimiento Informado. ²⁶

Durante la exploración física se valora el estado general del paciente, se puede evaluar la permeabilidad de la vía aérea a través del Test Mallampati

el cual es útil para evaluar el grado de apertura bucal, presencia de macroglosia, de dientes con movilidad, la capacidad de extensión del cuello, presencia de amígdalas hipertróficas y probable dificultad de intubación. ^{26, 27}

Figura 15



Figura 15. Test Mallampati. ²⁷

Es de importancia clínica también tomar signos vitales, el peso y talla son imprescindibles para calcular dosis y requerimientos anestésicos. Con toda esta información se puede clasificar al paciente de acuerdo a las guías ASA, además de evaluar el grado y la capacidad de colaboración del paciente pediátrico para discernir los que tienen más riesgo de sufrir ansiedad preoperatoria. ²⁶

La Clasificación ASA-PS, sus definiciones y ejemplos pediátricos se describen en la (Tabla 3).

Clasificación ASA-PS	Definición	Ejemplos pediátricos que incluyen, entre otros:
ASA-I	Paciente sano que requiere cirugía sin antecedente o patología agregada.	Saludable, (sin enfermedad aguda o crónica) percentil de Índice de Masa Corporal (IMC) normal para la edad
ASA-II	Paciente con enfermedad sistémica leve pero compensada.	Cardiopatía congénita asintomática, arritmias controladas, asma sin exacerbación, epilepsia controlada, diabetes melitus no insulino dependiente, percentil de IMC anormal para la edad, AOS leve/moderada, estado oncológico en remisión, autismo leve
ASA-III	Paciente con enfermedad sistémica grave descompensada	Anomalía cardíaca congénita estable no corregida, asma con exacerbación, epilepsia mal controlada, diabetes melitus insulino dependiente, obesidad mórbida, desnutrición, estado oncológico, insuficiencia renal, distrofia muscular, fibrosis quística, trasplante de órganos, malformación de cerebro/médula espinal, hidrocefalia sintomática, Persistencia del Conducto Arterioso (PCA) infantil prematuro <60 semanas, autismo severo, vía aérea difícil, lactantes a término <6 semanas de edad.
ASA-IV	Paciente con enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida.	Anomalía cardíaca congénita sintomática, insuficiencia cardíaca congestiva, secuelas activas de prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica aguda, shock, sepsis, coagulación intravascular diseminada, desfibrilador automático implantable, dependencia del ventilador, endocrinopatía, trauma severo, dificultad respiratoria severa, estado oncológico avanzado.
ASA-V	Paciente moribundo que no se espera que sobreviva sin la operación.	Traumatismo masivo, hemorragia intracraneal con efecto de masa, insuficiencia respiratoria, hipertensión maligna, insuficiencia cardíaca congestiva descompensada, encefalopatía hepática, intestino isquémico o disfunción multiorgánica/sistémica.
ASA-VI	Paciente con muerte cerebral declarada cuyos órganos se extraen con fines de donación.	

Tabla 3. Clasificación ASA-PS. ^{23, 28}



3.3 CLASIFICACIÓN DE ASA ODONTOLÓGICA

Desde su última modificación en 1962, el sistema de clasificación ASA-PS lleva empleándose de modo continuo. Cuando fue adaptado para su uso en el ámbito odontológico o médico de tipo ambulatorio las categorías 5 y 6 fueron eliminadas y se intentó correlacionar las cuatro categorías restantes con sus posibles modificaciones terapéuticas en los tratamientos dentales ²⁹ Tabla 4 y Figura 16

CLASIFICACIÓN ASA-PS	CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS
ASA I	Paciente normal y sano, no presenta fobia excesiva a la consulta dental y es menor de 60 años. Candidato excelente para someterse a intervención quirúrgica o a un tratamiento dental electivo.
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve o pacientes sanos (ASA I) que presentan miedo y ansiedad extrema a la consulta dental. El tratamiento odontológico electivo es posible con un aumento del riesgo mínimo para el paciente durante el tratamiento.
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad pero no lo incapacita. No muestra en reposo signos o síntomas de dificultad (como fatiga excesiva, dolor torácico) pero ante situaciones de estrés fisiológico o psicológico aparecen dichos signos y síntomas. El tratamiento dental electivo no está contraindicado, aunque el paciente presenta un mayor riesgo durante el mismo.
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica invalidante que supone una amenaza vital constante. El odontólogo debe retrasar el tratamiento dental electivo hasta que el estado físico del paciente haya mejorado al menos a ASA III. En caso de una urgencia dental, como un cuadro de infección o dolor, se debe tratar al paciente de modo conservador, no invasivo, emplearse fármacos analgésicos y antibióticos en caso de ser necesario. Cuando el odontólogo considere necesario realizar una intervención inmediata (incisión y drenaje, extracción, extirpación pulpar) se recomienda que sea realizado en una instalación donde disponga de una unidad de cuidados críticos (atención hospitalaria).

Tabla 4. Clasificación ASA con aplicaciones odontológicas. ²⁹

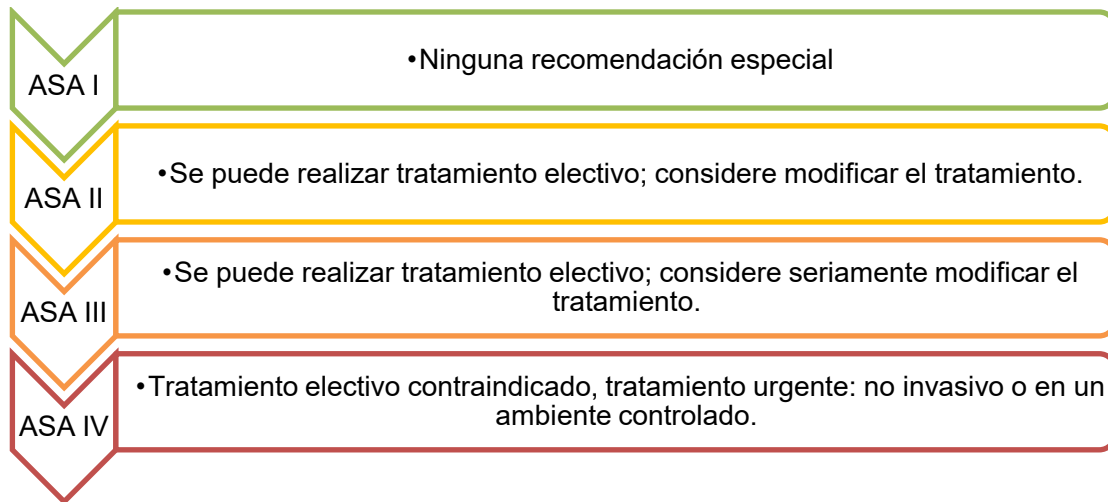


Figura 16. Sistema de Clasificación ASA modificado por Malamed SF. ²⁹

Para diagnosticar y realizar el tratamiento adecuado de una urgencia bucodental, en el interrogatorio clínico previo al tratamiento de urgencia e infiltración local de anestesia y tomando en cuenta los criterios de la clasificación ASA-PS se pueden identificar a los pacientes con antecedentes que incrementen el riesgo de presentar alguna complicación durante la atención odontológica, por ejemplo pacientes con angina de pecho (ASA II), paciente con antecedentes de crisis hipertensiva (ASA III o IV), crisis epiléptica (ASA II), asmática (ASA III) o hipoglucemia (ASA II) y shock anafiláctico (ASA IV). ³⁰



CONCLUSIONES

Los pacientes con Necesidades Especiales de Atención poseen dificultades de distinta naturaleza (física, mental, sensorial, del desarrollo, conductual) y condiciones que requieren atención médica (alteraciones sistémicas). Los pacientes con discapacidad forman parte también de este grupo demográfico y comparten el desafío de participar en actividades diarias así como de desarrollarse integralmente.

La salud es un derecho universal para todo individuo y el acceso a la atención odontológica no es una excepción. Los pacientes con Necesidades Especiales son más susceptibles a enfermedades bucodentales debido a que están expuestos a mayor cantidad de factores de riesgo, lo que deteriora su calidad de vida significativamente.

Lamentablemente, algunos odontólogos consideran no estar preparados para atender a una persona con discapacidad y emiten criterios de remisión sin intentar atenderlos por la vía convencional. Para ello, existen clasificaciones como la CIF que describen y comparan la salud de la población en un contexto internacional, lo que puede orientar al odontólogo sobre la naturaleza de las condiciones del paciente, a través de una historia clínica exhaustiva que identifique los factores de riesgo y sus niveles de prevención correspondientes para limitar el daño.

Con toda la información obtenida, entonces se puede hacer uso entonces de otra herramienta sumamente útil, la Clasificación ASA que brinda una evaluación preoperatoria del estado físico del paciente, necesaria para la determinación de riesgo de atención así como la potencial agresión fisiológica que el procedimiento puede causar. Esta clasificación tiene sus modificaciones



específicamente para el área odontológica y es una gran guía en la toma de decisiones en el consultorio dental.

Es importante tratar de planificar el tratamiento dental después de una interconsulta previa con el equipo médico que atiende al paciente para así evitar complicaciones en su condición sistémica durante la consulta odontológica. Así pues, si al realizar un diagnóstico completo del paciente se concluye que es preferible o incluso necesaria su atención en un área hospitalaria, es posible dirigir al paciente con los especialistas necesarios bajo un fundamento científico y no bajo uno social como lo es la discriminación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatric Dentistry, Definition of Special Health Care Needs, Council on Clinical Affairs [Internet] 2012, [Consultado el 16 de enero 2021] Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/special-health-care-needs/>
2. Maria de Lourdes de Andrade Massara, Paulo Cesar Barbosa Rédua. Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría - Sao Paulo: Santos, 2010.
3. World Health Organization. (2001). Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF, Versión abreviada. Ginebra: [Internet] Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 15 de enero 2021] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>
4. Organización Mundial de la Salud, Discapacidad y salud [Internet], 1 de diciembre de 2020, [Consultado el 15 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
5. Organización de las Naciones Unidas, Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, USA [Internet] 3 de mayo 2008, [Consultado el 15 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
6. Figura 1. Tipos de discapacidad. [Consultado el 15 de enero 2021] Disponible en: <https://cuentitisaguda.com/como-explicar-la-discapacidad-a-los-ninos/>
7. Alí Sofía, Blanco Roxana, Meana María, Cuidar la salud bucal es una cuestión de actitud, Revista Facultad de Odontología [Internet] 2016, [Consultado el 16 de enero 2021]; Vol IX, N° 1. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/download/1590/1359>



8. American Dental Association. Americans with Disabilities Act (AwDA) [Internet]; Disponible en: <http://www.ADA.org>.
9. Figura 2. Acceso favorable para cualquier individuo [Consultado el 16 de enero 2021] Disponible en: <https://www.sebastia-abogados.com/index.php/noticias/blog/220-discapacidad-y-barreras-arquitectonicas>
10. American Dental Association [Internet]; New Dentist News: NYU Dentistry receives \$2M grant to train dentists to treat people with disabilities, Kimberly Solana, July 13 2020 [Consultado el 17 de enero 2021] Disponible en: <https://www.ada.org/en/publications/new-dentist-news/2020-archive/july/nyu-dentistry-receives-2m-grant-to-train-dentists-to-treat-people-with-disabilities>
11. Organización Mundial de la Salud, Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. [Consultado el 17 de enero de 2021. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
12. Figura 3. Atención odontológica a paciente con necesidades especiales [Consultado el 17 de enero 2021] Disponible en: <https://www.dentistaconsedacion.cl/tag/pacientes-con-necesidades-especiales/>
13. Nowak AJ. Patients with special health care needs in pediatric dental practices. *Pediatr Dent*. 2002.
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. [Internet] The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020:243-7. [Consultado el 29 de enero 2021] Disponible en: https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_CariesRiskAssesment.pdf
15. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2002 Capítulo 2 Definición y evaluación de los riesgos sobre la salud



- [Internet] [Consultado el 22 de febrero 2021] Disponible en: <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>
16. Ortega Silva, Patricia; Plancarte Cansino, Patricia Discapacidad: factores de riesgo y prevención y profesionales relacionados Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 22, núm. 2, [Internet] mayo-agosto, 2017, [Consultado el 22 de febrero 2021] pp. 183- 196 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29255774005.pdf>
17. Figura 10. Ejemplos de maloclusiones en pacientes con Síndrome de Down [Consultado el 22 de febrero de 2021] Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1745/TRAB.SUF.PROF.%20SOLANGE%20ANAI%20MERINO%20TORRES.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
18. Figura 11. Eficiencia en la higiene bucal. [Consultado el 22 de febrero 2021] Disponible en: <https://www.clinicadentalidentis.com/tratamientos/pacientes-con-necesidades-especiales>
19. Organización Mundial de la Salud, Promoción de la Salud Glosario de Términos, Ginebra [Internet] 1998. [Consultado el 24 de febrero 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=E5095D9723EDE0BD070A8E93B2852171?sequence=1
20. Figura 12. Promoción de la Salud. [Consultado el 24 de febrero de 2021] Disponible en: <https://webdental.cl/odontologia/odontologia-inclusiva-primera-unidad-de-atencion-para-pacientes-con-necesidades-especiales-ya-es-una-realidad/>
21. Figura 13. Control personal de biofilm. [Consultado el 24 de febrero de 2021] Disponible en: https://www.researchgate.net/figure/Abril-de-2004-segundo-control-personal-de-placa-dentobacteriana_fig4_275718935



22. Figura 14. Aplicación de fluoruro. [Consultado el 25 de febrero de 2021] Disponible en: <https://consentidos.club/novedades-del-fluor/>
23. American Society of Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System. [Consultado el 25 de febrero de 2021] [Internet] Disponible en: <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>
24. López-H. Gloria P, Torres-G. Olga G. Variabilidad de la clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos entre los anestesiólogos del Hospital General de México [Internet] 2017 [Consultado el 25 de febrero de 2021] Vol. 40 No. 3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma173f.pdf>
25. Sepúlveda O. Pablo O. ¿Qué entendemos por la Clasificación ASA-PS? [Internet] Gastroenterología Latinoamericana 2013 [Consultado el 28 de febrero de 2021] Vol. 24 No. 1. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2013n100008.pdf>
26. Chamizo A., Lázaro J. J. Valoración preoperatoria en cirugía pediátrica, [Internet] Elsevier, 2010 [Consultado el 11 de marzo de 2021] Vol 8. No. 5, 255-258pp. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-valoracion-preoperatoria-cirugia-pediatria-S1696281810700457>
27. Samsoon GL, Young JR. Difficult tracheal intubation: a retrospective study. *Anaesthesia*. 1987 May;42(5):487-90. doi: 10.1111/j.1365-2044.1987.tb04039.x. PMID: 3592174. [Consultado el 13 de marzo de 2021]
28. Instituto Nacional de Pediatría, Compendio de Políticas Institucionales de Calidad [Internet] Anestesia y atención quirúrgica, 2015 [Consultado el 16 de marzo de 2021] Disponible en: https://www.pediatria.gob.mx/archivos/normateca/normateca_nis0100.pdf
29. Malamed, Stanley F. Manual de Anestesia Local, Elsevier, 2006. Ebook [Consultado el 18 de marzo de 2021] Disponible en:



<https://ebookcentral.proquest.com/lib/unam/detail.action?docID=17240>
15.

30. Díaz Pérez, R.; Hernández Quiroz, E.; Gutiérrez Valdez, D.H. Clasificación del estado físico de los pacientes según la Sociedad Americana de Anestesiología (SAA) en adultos atendidos por emergencia odontológica, Acta Odontológica Venezolana Volumen 52, No. 3, Año 2014 [Consultado el 18 de marzo de 2021] Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/3/art-4/>