

DOI: 10.25237/revchilanestv5114031424

Clasificación American Society of Anesthesiologists Physical Status: Revisión de ejemplos locales - Chile

Local examples of the American Society of anesthesiologists classification

Sofía Yevenes MD.¹, Valeria Epulef MSc.^{1,2,*}, Cristian Rocco MSc.^{3,4}, Federico Geisse MD.⁵, Manuel Vial PhD.^{1,6}¹ Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco, Chile.² Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.³ Cátedra de Anestesiología, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.⁴ Clínica Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.⁵ Departamento de Especialidades Médicas, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.⁶ Departamento Salud Pública, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

Fuente de financiamiento: ninguna.

Conflictos de interés: ninguno.

Fecha de recepción: 7 de diciembre de 2021 / Fecha de aceptación: 14 de enero de 2022

ABSTRACT

The American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA PS) scale is one of the most widely used scales in the world, being an integral part of the pre-anesthetic evaluation of each patient. The purpose of the ASA PS scale is to categorize, and subsequently communicate the patient's risk of undergoing any procedure that requires anesthesia. The objective of this article is to review the classification and incorporate examples, associating them with perioperative risk, in order to improve categorization and clinical practice in our setting.

Key words: ASA PS, ASA score, health status, interobserver variability, risk assessment, surgical outcome.

RESUMEN

La escala American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA PS) es una de las escalas más utilizada en el mundo, siendo parte integral de la evaluación preanestésica de cada paciente. El propósito de la escala ASA PS es categorizar, y posteriormente comunicar el riesgo del paciente de someterse a cualquier procedimiento que requiera anestesia. El objetivo de este artículo es revisar la clasificación e incorporar ejemplos, asociándolos con el riesgo perioperatorio, para así mejorar la categorización y la práctica clínica en nuestro medio.

Palabras clave: ASA PS, score de ASA, estado de salud, variabilidad interobservador, evaluación de riesgo, resultados quirúrgicos.

Introducción

La escala American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA PS) es una de las escalas más utilizadas en el mundo por más de 60 años[1],[2]. Fue publicada en el año

1941 por Saklad, Rovensteine y Taylor, e incorporaba ejemplos de patologías para cada categoría de la clasificación. Posteriormente, fue modificada por Dripps[3] y adoptada oficialmente en 1962 por la American Society of Anesthesiologist (ASA).

Actualmente, es utilizada y registrada de manera universal

valeriaepulef@gmail.com

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9344-3000>

por anestesiólogos de todo el mundo, siendo parte integral de la evaluación preanestésica de cada paciente, tanto en la consulta ambulatoria, como en los momentos previos a la cirugía, y componente importante de la calidad de la atención del proceso quirúrgico. El propósito de la escala ASA PS es categorizar, y posteriormente comunicar el riesgo del paciente de someterse a cualquier procedimiento que requiera anestesia, permitiendo valorar su estado fisiológico, enfermedades sistémicas (por ejemplo, diabetes no controlada) y estados agregados del paciente[4]. La escala ASA PS está siendo constantemente actualizada por un comité de expertos de la Cámara de Delegados de la ASA, dando ejemplos de patologías asociadas a su clasificación desde el 2014, para facilitar y mejorar su correcta aplicación, siendo enmendada por última vez el 13 de diciembre del año 2020[2].

Clasificación ASA PS

La Clasificación ASA PS es una escala de 6 categorías y se usa ampliamente para evaluar la salud general preoperatoria de los pacientes. Es un sistema simple, basado exclusivamente en la evaluación clínica, es decir, sin la necesidad adicional de pruebas de laboratorio y diagnósticas o fórmulas matemáticas a menudo engorrosas[5],[6]. No siendo excluyente la utilización de éstas, si es que están disponibles para su uso. Es una clasificación confiable y fácil de aplicar[7], pudiendo ser utilizada por cualquier personal de salud entrenado que esté involucrado en la atención del paciente. Esta clasificación se diseñó, inicialmente, para describir el estado físico de los pacientes, teniendo en cuenta sus enfermedades. Posteriormente, sin embargo, numerosos estudios han demostrado que la clasificación ASA PS se correlaciona bien con el riesgo perioperatorio, funcional y mortalidad[1].

Ejemplificación Clasificación ASA PS

En la última actualización, se dieron ejemplos clínicos de clasificación para la mejor aplicación de la escala, y así, disminuir la variabilidad interoperador. Del mismo modo, la ASA también manifiesta que es recomendable realizar ejemplos de clasificaciones locales e incentiva a realizarlo. Por lo anterior, con el objetivo de disminuir la variabilidad interobservador[1],[8], además de actualizar la información, presentamos una propuesta de ejemplos aplicados a nuestros pacientes y población.

Se realizó una revisión de patologías y situaciones de pacientes frecuentes en nuestra realidad anestésica, a las cuales se les asignó una categoría ASA PS. Se partió como base la clasificación ASA PS más baja, desde la cual dependiente de los estados subyacentes, ejemplo sepsis asociada, ésta puede aumentar en riesgo (Tabla 1 y Tabla 2). Los ejemplos de la clasificación fueron revisados por dos anestesiólogos de forma independiente, y ante cualquier discrepancia, ésta fue resuelta por un tercer anestesiólogo experto.

Las siguientes tablas de ejemplos, en ningún momento pretenden reemplazar una evaluación exhaustiva del estado del paciente, ni tampoco reemplazar las decisiones clínicas, sino que son una herramienta para disminuir la variabilidad interobservador.

Discusión y Conclusiones

Una correcta clasificación ASA PS permite un mejor acercamiento clínico al paciente, al comunicar de la forma más veraz posible los riesgos de los procedimientos y cirugías a los que va a ser sometido, permitiendo guiar al equipo de salud y a los pacientes, en las precauciones y necesidades previo al comienzo de una anestesia, disminuir la ansiedad en el perioperatorio y mejorar la satisfacción de ambos[9],[10].

La Clasificación ASA PS ha demostrado durante décadas ser de gran utilidad a nivel nacional e internacional. A pesar de esto, la aplicación de la escala no ha estado libre de variabilidad interobservador, lo cual se puede deber, entre otras cosas, a que el estado de salud de un paciente es dinámico, a los cambios en la clasificación a lo largo de los años, y a la necesidad de actualización con respecto a éstos. Se ha demostrado que la ejemplificación de pacientes y situaciones clínicas mejora la correcta aplicación de la escala, sin necesariamente modificar la escala en sí[1].

La utilización de la escala, no solo por médicos anestesiólogos, sino también por médicos de distintas especialidades, enfermeras, técnicos y administradores, hace necesario no solo basarse en la experiencia, sino que en la ejemplificación para tener simulaciones de situaciones clínicas que permitan aplicar de manera óptima, estandarizada y reproducible la escala.

Con el aumento de la cirugía mayor ambulatoria en Chile y a nivel mundial, en muchos centros se produce un primer acercamiento mediante entrevista a los pacientes a través de personal entrenado, y se deriva previamente a anestesiólogos sólo en el caso de ser clasificado como ASA PS III o mayor, por lo que, el correcto uso de la escala ayuda a mejorar la toma de decisiones, la asignación de recursos y derivación oportuna. Si agregamos hoy la creciente utilización de medios como la atención telemática, cobra mayor relevancia la utilización de instrumentos fáciles y rápidos de aplicar de manera remota[11],[12].

Con fines de guía y docentes, podemos avanzar en crear herramientas para el fácil acceso de la escala ASA PS, como aplicaciones móviles con algoritmos para obtener el mejor acercamiento a la clasificación de cada estado del paciente, además de simular escenarios clínicos con ejemplificación de pacientes y así entrenar mejor a los nuevos estudiantes.

Las tablas presentadas son una orientación, y cada caso en particular debe ser analizado en detalle. Tal es el caso de los pacientes que han tenido COVID-19. En la Tabla 1 se menciona que son ASA PS II, con relación a aquellos pacientes que dieron positivo el examen para COVID-19, pero que nunca hicieron manifestación clínica de la enfermedad. Aquellos que hicieron manifestaciones clínicas de la enfermedad, tendrán el ASA PS correspondiente al grado de secuela dejado por la patología, en el momento de ser evaluados en el preoperatorio. En otro ejemplo, en la Tabla 2, se menciona que nódulo tiroideo como ASA PS I, con el detalle de que el paciente se encuentre eutiroideo y que el nódulo no contribuya a una deformidad anatómica importante que tenga impacto en el manejo de la vía aérea. Cualquier condición distinta a ésta, hará que se modifique la clasificación ASA PS.

Por último, mencionar que la consulta de las tablas sugeridas (Tablas 1 y 2) debe hacerse en paralelo para un mismo paciente, y adjudicar la clasificación ASA PS mayor que se encuentre. Por ejemplo, una paciente con un absceso mamario

Tabla 1. Ejemplificación de pacientes según patología asociada

| Ejemplos | ASA | Descripción |
|--|-----|--|
| Sano, no fumador, no consume o mínimo consumo de alcohol | I | |
| Fumador | II | |
| Bebedor social | II | |
| Embarazo | II | Sin complicaciones relacionados con el embarazo |
| Hipertensión gestacional | II | Bien controlada, sin elementos de severidad |
| Diabetes gestacional | II | Controlada con dieta |
| Preeclampsia moderada | III | |
| Obesidad Grado 1 | II | 30 < IMC*** < 40 |
| Asma | II | Bien controlada |
| Infección respiratoria aguda | II | |
| Rinitis alérgica | II | |
| Enfermedad cardíaca congénita asintomática | II | En paciente pediátrico |
| Epilepsia bien controlada | II | Sin crisis recientes |
| Síndrome de apnea de sueño | II | Leve a moderado, o con uso permanente y regular de CPAP† |
| Cáncer en remisión | II | |
| Autismo | II | Con limitaciones leves |
| Diabetes Mellitus no insulino requirente | II | Bien controlada (HbA1C \pm < 6,5%) |
| Hipertensión arterial | II | Bien controlada |
| Enfermedad renal crónica hasta etapa 4 | II | |
| Infante de término | II | De más de 6 semanas hasta 1 año de vida |
| Hipotiroidismo | II | Con adherencia a tratamiento regular |
| Paciente con COVID-19 (+) asintomático | II | De alta sin secuelas, hasta 4 semanas post alta |
| Dependencia o abuso de alcohol | III | |
| Diabetes gestacional | III | Con complicaciones o requerimientos de insulina |
| Eclampsia | III | |
| Obesidad mórbida | III | IMC > 40 |
| Epilepsia no controlada | III | |
| Síndrome de apnea de sueño | III | Severo |
| Cáncer | III | Activo o en tratamiento |
| Autismo | III | Con limitaciones severas |
| Enfermedad de Alzheimer | III | |
| Enfermedad de Parkinson | III | |
| Diabetes mellitus insulino requirente | III | |
| Diabetes mellitus con afectación sistémica | III | |
| Hipertensión arterial con afectación órgano blanco | III | |
| Enfermedad renal crónica etapa 5 en diálisis regular | III | |
| Insuficiencia renal aguda | III | |
| Daño hepático crónico | III | Hasta Child-Pugh B |
| Hepatitis aguda | III | |
| Uso de marcapasos | III | Todos los tipos |
| Disminución moderada fracción de eyección cardíaca | III | Mayor de 40% |
| Distrofia muscular | III | |
| Historia de trasplante de órgano | III | |
| Malformación cerebral o espinal | III | |
| Hidrocefalia | III | |

| | | |
|---|-----|---|
| Malnutrición | III | |
| Vía aérea difícil | III | |
| Nutrición parenteral prolongada | III | Que se mantiene por más de 7 días |
| Infante prematuro | III | De menos de 60 semanas gestacionales |
| Infante de término | III | De menos de 6 semanas |
| Enfermedad trombofílica | III | |
| Hipotiroidismo | III | No controlado o con baja adherencia a tratamiento |
| Accidente Isquémico Transitorio | III | De más de tres meses desde el episodio |
| Infarto Agudo al Miocardio | III | De más de tres meses desde episodio |
| Endoprótesis vascular (STENT) | III | De más de tres meses desde episodio |
| Paciente con COVID-19 (+) | III | Activo, dependiendo del estado fisiológico de la enfermedad |
| Síndrome de HELLP* | IV | |
| Cardiomiopatía periparto | IV | Con FE** < 40% |
| Embarazo asociado a enfermedad cardíaca no corregida | IV | No corregida/compensada, adquirida o congénita |
| Cáncer | IV | Estado oncológico avanzado, con metástasis |
| Enfermedad renal crónica etapa 5 sin diálisis regular | IV | |
| Daño hepático crónico | IV | Hasta Child-Pugh C |
| Disminución severa fracción de eyección cardíaca | IV | Menor de 40% |
| Infante prematuro | IV | Con secuela activa de prematurez |
| Accidente Isquémico Transitorio | IV | De menos de tres meses desde episodio |
| Infarto Agudo al Miocardio | IV | De menos de tres meses desde episodio |
| Endoprótesis vascular (STENT) | IV | De menos de tres meses desde episodio |
| Shock | IV | |
| Sepsis | IV | |
| Coagulación intravascular diseminada | IV | |
| Síndrome de distrés respiratorio agudo | IV | |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | IV | Exacerbado |
| Desfibrilador cardioversor implantable | IV | Usuario |
| Dependencia de ventilación mecánica | IV | |
| Politraumatizado severo | V | |
| Rotura uterina | V | |
| Desprendimiento de placenta | V | |
| Daño hepático crónico | V | Con encefalopatía hepática |
| Requerimiento de ECMO§ | V | |
| Disfunción orgánica múltiple | V | |
| Isquemia intestinal | V | |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | V | Descompensada |
| Muerte cerebral | VI | Para procuramiento |

*HELLP: Síndrome clínico del embarazo caracterizado principalmente por hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y bajo conteo de plaquetas; **FE: Fracción de Eyección; ***IMC: índice de masa corporal; †CPAP: Abreviatura en inglés de Presión Positiva Continua de la Vía Aérea (Continuous Positive Airway Pressure); ‡ HbA1C: Hemoglobina Glicosilada; § ECMO: Abreviatura en inglés de Sistema de oxigenación por Membrana Extracorpórea (ExtraCorporeal membrane Oxygenation).

Tabla 2. Ejemplificación de pacientes según patología quirúrgica frecuente asociada, agrupadas según especialidad

| Especialidad o Subespecialidad | Ejemplos | ASA PS |
|--------------------------------------|---|--------|
| CIRUGÍA CABEZA Y CUELLO | Nódulo tiroideo sin afectación sistémica (se refiere a un nódulo eutoroideo y sin afectación de vía aérea) | I |
| | Fistula salival | I |
| | Quiste o fistula de conducto tirogloso | I |
| | Bocio | II |
| | Bocio intratorácico | III |
| | Tumor maligno labial | III |
| | Tumor maligno nariz | III |
| | Tumor maxilar | III |
| | Tumor mandibular | III |
| | Absceso cervical | IV |
| | Tumor de cuerpo carotideo | IV |
| | Tumor faríngeo, hipofaringe o esofágico | IV |
| CIRUGÍA CARDIACA | Derrame pericárdico sin disfunción | II |
| | Sinéquias pericárdicas | II |
| | Aneurisma aórtico | III |
| | Rotura de músculo papilar | IV |
| | Aneurisma aórtico complicado | IV |
| | Coartación aórtica | IV |
| | Endocarditis Aguda | IV |
| CIRUGÍA DIGESTIVA | Quiste peritoneal | I |
| | Incontinencia anal | I |
| | Pólipo rectal | I |
| | Prolapso rectal | I |
| | Condiloma rectal | I |
| | Reflujo gastroesofágico | II |
| | Cuerpo extraño gástrico | II |
| | Coledocolitiasis | II |
| | Absceso sacrocoxigeo | II |
| | Cuerpo extraño rectal | II |
| | Desgarro anorrectal | II |
| | Estenosis anal o rectal | II |
| | Hemorroides | II |
| | Fecaloma | II |
| | Absceso anorrectal | II |
| | Pancreatitis aguda | III |
| | Estenosis esofágica benigna | III |
| | Cuerpo extraño esofágico | III |
| | Evisceración | III |
| | Perforación intestinal | III |
| | Cáncer gástrico | III |
| | Colección hepática | III |
| | Quiste hidatídico simple | III |
| | Divertículo de Meckel | III |
| | Invaginación intestinal | III |
| | Obstrucción intestinal | III |
| | Cuerpo extraño rectal complicado | III |
| | Fístula rectovesical | III |
| | Fístula rectovaginal | III |
| | Cáncer rectal | III |
| | Cáncer de colon | III |
| | Sepsis de origen abdominal | III |
| | Hernia diafragmática | III |
| Perforación intestinal | III | |
| Pancreatitis aguda complicada | IV | |
| Estenosis esofágica maligna | IV | |
| Peritonitis aguda | IV | |
| Perforación gástrica aguda | IV | |
| Trombosis mesentérica | IV | |
| Herida traumática hepática Grado 3-4 | IV | |

| | | |
|-----------------------------|---|-----|
| CIRUGÍA GENERAL | Colelitiasis | I |
| | Hernia abdominal simple | I |
| | Apendicitis | II |
| | Hernia abdominal complicada | III |
| CIRUGÍA MAMA | Ginecomastia | I |
| | Deformidad areola o pezón | I |
| | Absceso o hematoma de mama sin repercusión sistémica | II |
| | Tumor benigno o quiste de mama | II |
| CIRUGÍA ODONTO-MAXILOFACIAL | Cáncer de mama | III |
| | Caries dentales | I |
| | Fractura maxilofacial que no produce obstrucción de vía aérea | II |
| | Absceso dental | II |
| CIRUGÍA ODONTO-MAXILOFACIAL | Fractura maxilofacial con obstrucción de vía aérea | IV |
| | | |
| CIRUGÍA PEDIÁTRICA | Granuloma umbilical | I |
| | Sinequias labiales | I |
| | Frenillo lingual/labial | I |
| | Onicocriptosis | I |
| | Hernia umbilical | I |
| | Hernia inguinal | I |
| | Fisura anal o fístula anal | I |
| | Mordedura de perro | I |
| | Fimosis | I |
| | Criptorquidea | I |
| | Apendicitis aguda | II |
| | Colecistitis aguda | II |
| | Obstrucción de la unión pieloureteral | II |
| | Reflujo vesicoureteral | II |
| | Torsión testicular | II |
| | Quemaduras < 10% | II |
| | Menor a 60 semanas postconcepcionales | III |
| | Gastrosquisis | III |
| | Atresia de esófago | III |
| | Atresia intestinal | III |
| | Íleo meconial | III |
| | Invaginación intestinal | III |
| | Anomalías ano-rectales | III |
| | Enfermedad de Hirschsprung | III |
| | Peritonitis apendicular | III |
| | Paciente oncológico | III |
| | Gran quemado | III |
| Onfalocele | IV | |
| Enterocolitis necrotizante | IV | |
| CIRUGÍA PLÁSTICA | Herida de cara simple o complicada | I |
| | Cicatriz o queloide | I |
| | Escara | I |
| | Parálisis facial | I |
| | Orejas aladas, malformación congénita de orejas | I |
| | Hipertelorismo | I |
| | Micro-orbitismo | I |
| | Telecanto | I |
| | Escara asociado a infección local | II |

| | | |
|---|--|-----|
| CIRUGÍA TÓRAX | <i>Pectum excavatum o carinatum</i> | I |
| | Bula pulmonar | II |
| | Quiste simple de pulmón | II |
| | Tumor benigno, quiste o divertículo esofágico | II |
| | Tórax volante | III |
| | Masa mediastínica | III |
| | Tumor pleural | III |
| | Derrame pleural | III |
| | Frenoparálisis | III |
| | Cuerpo extraño pleural | III |
| | Fistula bronquial | III |
| | Absceso pulmonar | III |
| | Quiste hidatídico pulmonar | III |
| | Cuerpo extraño intrapulmonar | III |
| | Metástasis pulmonar | III |
| | Tumor pulmonar | III |
| | Acalasia | III |
| | Atresia esofágica | III |
| | Cáncer de esófago | III |
| | Várices esofágicas | III |
| | Masa mediastínica complicada | IV |
| Herida traumática diafragma | IV | |
| Derrame pleural complicado | IV | |
| Tumor traqueal | IV | |
| Quiste hidatídico pulmonar complicado | IV | |
| Perforación esofágica | IV | |
| Rotura traqueobronquial | V | |
| CIRUGÍA VASCULAR | Várices | II |
| | Trombo miembro superior o inferior no complicado | III |
| | Lesión vaso venoso periférico | III |
| | Aneurisma periférico | III |
| | Estenosis carotídea < 70% | III |
| | Trombo miembro superior o inferior complicado | IV |
| | Lesión vaso arterial periférico | IV |
| | Aneurisma aortoabdominal no complicado | IV |
| | Estenosis carotídea > 70% | IV |
| Lesión vaso arterial intraabdominal o intratorácico | V | |
| Lesión vaso venoso intraabdominal o intratorácico | V | |
| GINECOLOGÍA | Mioma uterino | I |
| | Pólipo endometrial | I |
| | Quiste ovárico benigno | I |
| | Incontinencia urinaria | I |
| | Bartolinitis | I |
| | Sinequias o estenosis cervical | I |
| | Desgarro cervical complicado | II |
| | Cáncer de ovario | III |

| | | |
|--|---|-----|
| NEUROCIRUGÍA | Hipertelorismo | I |
| | Síndrome túnel del carpo | I |
| | Tumor nervio periférico | II |
| | Hernia del núcleo pulposo | II |
| | Hipertensión intracraneana | III |
| | Hematoma extradural | III |
| | Absceso extradural | III |
| | Fistula líquido cefalorraquídeo | III |
| | Hundimiento expuesto | III |
| | Tumor de hipófisis | III |
| | Aneurisma no complicado | III |
| | Fístula carótido cavernosa | III |
| | Epilepsia refractaria | III |
| | Tumor o quiste medular | III |
| | Absceso cerebral | IV |
| | Contusión cerebral para lobectomía | IV |
| | Hematoma intracerebral para vaciamiento | IV |
| | Herida por elemento penetrante | IV |
| | Cavernoma | IV |
| | Tumor base de cráneo | IV |
| Aneurisma roto | V | |
| Infarto maligno/TEC grave con hipertensión intracraneana para craniectomía descompresiva | V | |
| OBSTETRICIA | Incompetencia cervical | II |
| | Embarazo ectópico no complicado | II |
| | Aborto retenido o incompleto | II |
| | Embarazada sana | II |
| | Preeclampsia | II |
| | Embarazo ectópico complicado | III |
| | Eclampsia | III |
| Embolia líquido amniótico | V | |
| OFTALMOLOGÍA | Cataratas | I |
| | Glaucoma | I |
| | Cuerpo extraño conjuntival, corneal, escleral o conjuntival, no infectado | I |
| | Dacriocistitis | I |
| | Blefarochalasis | I |
| | Blefarofimosis | I |
| | Chalazion | I |
| | Ectropion | I |
| | Epicanto | I |
| | Ptosis palpebral | I |
| | Xantelasma | I |
| | Herida o dehiscencia de sutura de parpado o conjuntiva | I |
| | Pterigion y/o pseudopterigion o su recidiva | I |
| | Tumor benigno de la conjuntiva | I |
| | Estrabismo | I |
| | Desprendimiento retinal | II |
| | Tumor maligno de parpado | III |
| | Tumor orbitario | III |
| | Vasculopatía proliferativa | III |
| | Tumor retinal | III |
| Desprendimiento o hemorragia coroidea | III | |
| Retinopatía proliferativa | III | |
| Absceso orbitario | IV | |

| | | |
|--|--|-----|
| OTORRINOLARINGOLOGÍA | Hipertrofia amigdaliana Grado 1 o 2 o 3 | I |
| | Desviación de tabique nasal | I |
| | Pólipo nasal | I |
| | Cuerpo extraño nasal | I |
| | Cuerpo extraño en conducto auditivo externo | I |
| | Hipertrofia adenoidea | I |
| | Tumor benigno de mucosa nasal, sin provocar vía aérea difícil | I |
| | Rinofima | I |
| | Sinequia nasal | I |
| | Hipertrofia amigdaliana Grado 4 | II |
| | Fractura nasal | II |
| | Epistaxis | II |
| | Fístula preauricular complicada | II |
| | Mucositis timpánica, otitis media con efusión | II |
| | Lesión timpánica | II |
| | Fístula bucossinusal o buconasal, no complicada | II |
| | Tumor benigno cuerda bucal | II |
| | Tumor orofaríngeo | III |
| | Cuerpo extraño laríngeo o traqueal | III |
| | Cuerpo extraño hipofaríngeo o esofágico | III |
| | Tumor maligno oído externo | III |
| | Tumor glómico timpánico | III |
| | Neurinoma del acústico | III |
| | Absceso o flegmón piso de boca | III |
| Tumor maligno de las amígdalas | III | |
| Tumor base de lengua | III | |
| Absceso o hematoma tabique nasal | III | |
| Cuerpo extraño seno maxilar | III | |
| Tumor nasal | III | |
| TRAUMATOLOGÍA ADULTO | Osteocondroma | I |
| | Quiste sinovial | I |
| | Fracturas menores | I |
| | Quiste intraoseo | I |
| | Luxación de codo | I |
| | Sinostosis radiocubital | I |
| | Quistes o lesiones pseudoquísticas o musculares y/o tendineas | I |
| | Epicondilitis | I |
| | Pie cavo | I |
| | Pie plano | I |
| | Fracturas mayores (columna, pelvis, supracondilea, codo, epifisis femorales) | II |
| | Fractura expuesta | II |
| | Sinovitis | II |
| | Luxofractura de codo | II |
| | Fractura o luxación de cadera | II |
| | Osteomielitis | III |
| | Metástasis ósea, fractura patológica | III |
| Tumores primarios o metastásicos vertebrales | III | |
| Politraumatizado | III | |
| Fractura de pelvis | III | |
| Cirugía de escoliosis | III | |
| TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA | Fracturas menores | I |
| | Luxación de cadera | I |
| | Cirugía Pie Bot | I |
| | Polidactilia | I |
| | Sindactilia | I |

| | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-----|
| UROLOGÍA | Quiste de uraco | I |
| | Hipertrofia prostática benigna | I |
| | Estenosis uretral | I |
| | Quiste renal | I |
| | Divertículo vesical | I |
| | Divertículo o quiste parauretral | I |
| | Hidrocele | I |
| | Quiste del cordón o epidídimo | I |
| | Varicocele | I |
| | Litiasis renal o ureteral | II |
| | Trauma renal Grado 1 o Grado 2 | II |
| | Hematocele | II |
| | Torsión testicular | II |
| | Cáncer renal | III |
| | Trasplante renal | III |
| | Trauma renal Grado 3 | III |
| | Cáncer vesical | III |
| Lesión vesical o de cuello vesical | III | |
| Cáncer prostático | III | |
| Trauma renal Grado 4 o Grado 5 | IV | |

corresponde a un ASA PS II, pero si por ello se encuentra en un estado de repercusión sistémica (Sepsis), le corresponde ASA PS IV. Lo correcto en este caso sería clasificar a la paciente como ASA PS IV.

Es importante continuar revisando la clasificación y sus actualizaciones e incorporando ejemplos, asociándolos con el riesgo perioperatorio, para así mejorar la categorización y la práctica clínica.

Referencias

- Hurwitz EE, Simon M, Vinta SR, Zehm CF, Shabot SM, Minhajuddin A, et al. Adding Examples to the ASA-Physical Status Classification Improves Correct Assignment to Patients. *Anesthesiology*. 2017 Apr;126(4):614–22. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001541> PMID:28212203
- ASA House of Delegates on October 15, 2014, and last amended on December 13 2020. ASA Physical Status Classification System Committee of Oversight: Economics. 2020;21(1):1–9. Available from: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- Dripps RD, Lamont A, Eckenhoff JE. The role of anesthesia in surgical mortality. *JAMA*. 1961 Oct;178(3):261–6. <https://doi.org/10.1001/jama.1961.03040420001001> PMID:13887881
- Koo CY, Hyder JA, Wanderer JP, Eikermann M, Ramachandran SK. A meta-analysis of the predictive accuracy of postoperative mortality using the American Society of Anesthesiologists’ physical status classification system. *World J Surg*. 2015 Jan;39(1):88–103. <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2783-9> PMID:25234196
- Park J, Kim D, Kim B, Kim Y. The American Society of Anesthesiologists score influences on postoperative complications and total hospital charges after laparoscopic colorectal cancer surgery. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97:18.
- Patient A, Foundation S, Visnjevac O, Arora P, Nader ND. The Effect of Adding Functional Classification to ASA Status for Predicting 30-Day Mortality. 2015;121(1):110–6.
- Sankar A, Johnson SR, Beattie WS, Tait G, Wijeyesundera DN. Reliability of the American Society of Anesthesiologists physical status scale in clinical practice. 2014;113(April):424–32. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu100>.
- Knuf KM, Maani CV, Cummings AK. Clinical agreement in the American Society of Anesthesiologists physical status classification. *Perioper Med (Lond)*. 2018 Jun;7(1):14. <https://doi.org/10.1186/s13741-018-0094-7> PMID:29946447
- Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial [Internet]. *Int J Nurs Stud*. 2012 Feb;49(2):129–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008> PMID:21943828
- Hounsoms J, Lee A, Greenhalgh J, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Coldwell CH, et al. A systematic review of information format and timing before scheduled adult surgery for peri-operative anxiety. *Anaesthesia*. 2017 Oct;72(10):1265–72. <https://doi.org/10.1111/anae.14018> PMID:28891062
- Kamdar NV, Huverserian A, Jalilian L, Thi W, Duval V, Beck L, et al. Development, Implementation, and Evaluation of a Telemedicine Preoperative Evaluation Initiative at a Major Academic Medical Center. *Anesth Analg*. 2020 Dec;131(6):1647–56. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005208> PMID:32841990
- Aldawoodi NN, Muncey AR, Serdiuk AA, Miller MD, Hanna MM, Laborde JM, et al.; Lee Moffitt Cancer Center. A Retrospective Analysis of Patients Undergoing Telemedicine Evaluation in the PreAnesthesia Testing Clinic at H. Cancer Contr. 2021 Jan-Dec;28:10732748211044347. <https://doi.org/10.1177/10732748211044347> PMID:34644199