

Clasificación ASA Y escala Mallampati

Objetivo de aprendizaje

Preparar las instalaciones, equipos, instrumentos e insumos para la atención de salud de acuerdo al tipo de procedimiento a realizar y a las indicaciones entregadas por los profesionales clínicos, teniendo en consideración principios de asepsia y antisepsia, de seguridad y prevención de riesgos biomédicos.

Aprendizaje Esperado

Instala la unidad de paciente con los equipos y materiales requeridos para la hospitalización según la patología diagnosticada.

Objetivo de la clase

Conocer sobre la clasificación ASA y de mallampati



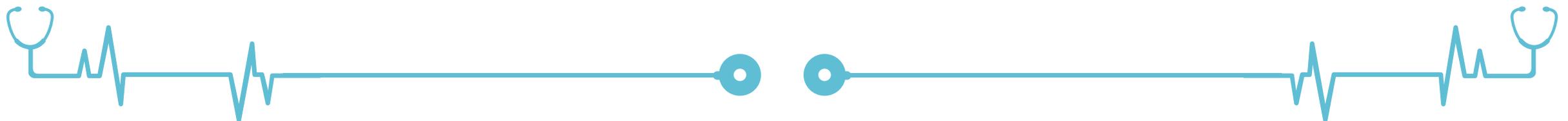
Introducción

El objetivo de la evaluación pre-operatoria es **identificar riesgos potenciales del paciente** enfrentado a un tipo de procedimiento particular, y de optimizar los resultados y la calidad de la atención médica.

En ella se obtienen de datos clínicos desde múltiples fuentes de información, como: información por otros médicos tratantes, la entrevista directa al paciente o sus familiares; un examen físico orientado a la intervención quirúrgica; y revisión de otras fuentes si las hubiere: ficha clínica, exámenes de laboratorio u otros documentos de relevancia.

Esta información es utilizada para **organizar y planificar recursos en torno al acto anestésico**, optimizando las condiciones y recursos disponibles o necesarios para reducir los riesgos asociados desde el tiempo de la evaluación hasta el momento del alta médica.

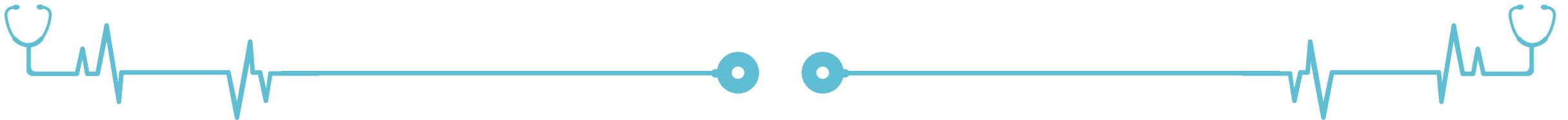
Además, es una instancia que permite hacer un registro del paciente **e informarle acerca de los riesgos y beneficios** del proceso.



Clasificación ASA

En 1940-41 la Asociación Americana de Anestesiología (ASA) forma un comité de tres médicos que proponen una clasificación centrada en el **estado físico de los pacientes**, que pudiera asociarse a **riesgos potenciales**. Desde entonces la Clasificación ASA es uno de los componentes del riesgo perioperatorio.

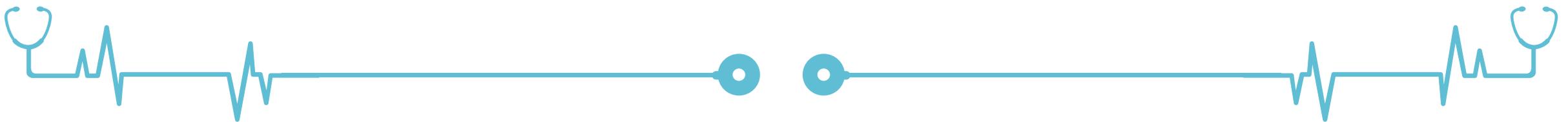
En 1980, a la ASA se le agrega la clase 6 para incorporar a los donantes con muerte cerebral antes de entrar a pabellón de cirugía.



Clasificación ASA

Actualmente:

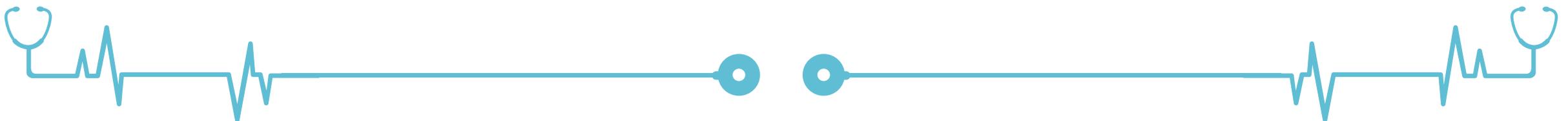
- Cuantifica la **reserva funcional** que posee el paciente al momento de la evaluación. Esto puede cambiar para bien (tras una optimización de su condición) o para mal.
- **No debe ser usado como predictor único de riesgo quirúrgico.** Un paciente ASA 3 tiene la misma clasificación si se va a sacar un lunar o si se realizará una laparotomía exploratoria.
- Se basa en la presencia de **enfermedad sistémica**. La extensión de esta enfermedad es evidente desde la historia y los medicamentos que usa el enfermo, y el grado de limitación de la enfermedad en su vida diaria.
- La ASA es sólo un componente de la evaluación de riesgo.
- Como regla general, un paciente ASA 3 ó 4 (o con otros factores de riesgo) debería tener una evaluación con un anesestesiólogo apenas se considere la posibilidad de ser operado.
- Una consulta planificada puede cuantificar el riesgo, optimizar la condición del enfermo y evitar discusiones o cancelaciones a último momento.



Clasificación ASA

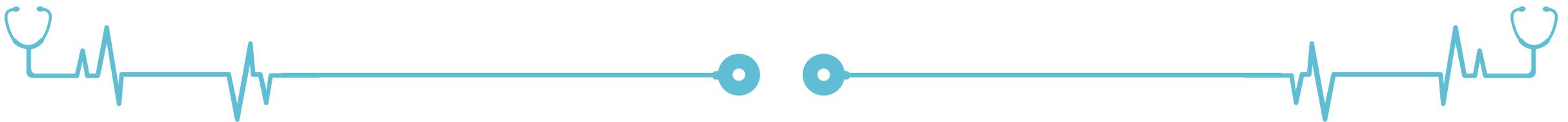
Clasificación ASA	Descripción	Mortalidad operatoria
I	Paciente sano, sin comorbilidad	0 – 0,3%
II	Enfermedad sistémica leve a moderada sin limitación funcional	0,3 – 1,4%
III	Enfermedad sistémica moderada a severa con limitación funcional	1,8 – 5,4%
IV	Enfermedad sistémica severa, con riesgo vital constante	7,8 – 25,9%
V	Paciente moribundo, con pocas probabilidades de sobrevivir las próximas 24 horas con o sin cirugía	9,4 - 5
VI	Paciente en muerte cerebral (Candidato a trasplante de órganos)	100%

Se agrega “E” a la clasificación si la cirugía es de emergencia



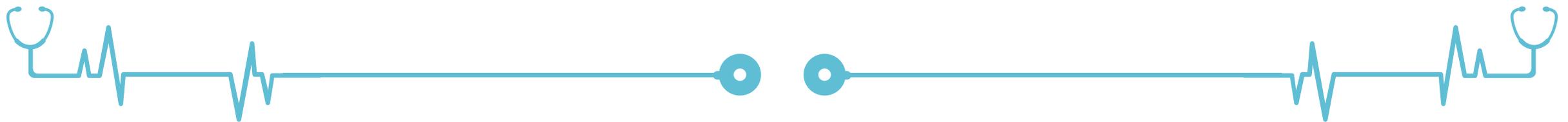
Clasificación ASA

Clasificación ASA	Ejemplo
II	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad cardíaca que limita levemente la actividad física.• HTA en tto.• DM (menor a 5 años de evolución)• Edades extremas• Obesidad mórbida (Joven)
III	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad cardíaca limitante.• HTA mal controlada• DM con complicación vascular• EPOC• Angina pectoris• Historial de IAM



Clasificación ASA

Clasificación ASA	Ejemplo
IV	<ul style="list-style-type: none">• Falla cardíaca congestiva• Angina pectoris inestable• Enfermedad pulmonar avanzada• Enfermedad renal avanzada• Enfermedad hepática avanzada
V	<ul style="list-style-type: none">• Hemorragia no controlada (Aneurisma aórtico abdominal)• Edema cerebral• Embolia pulmonar

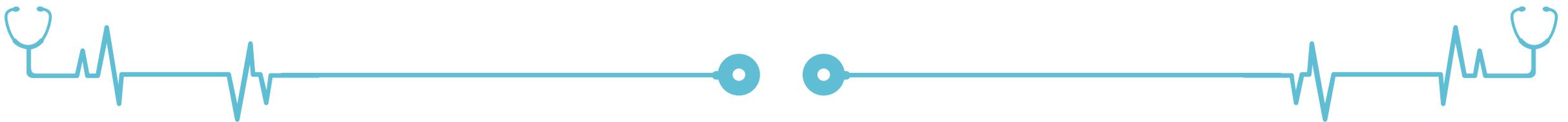


Vía aérea

La evaluación de la vía aérea de un paciente se inicia con la observación de sus rasgos anatómicos: forma y tamaño de la boca, nariz, mandíbula y cuello; existencia de eventuales masas o alteraciones anatómicas que pudieran alterar el flujo normal de aire desde el exterior a los pulmones.

Dentro de los factores asociados a problemas en el manejo de la vía aérea (ventilación), podemos mencionar:

- Dificultades previas.
- Obesidad.
- Limitación apertura bucal, menor de 3,5 cms.
- Lengua grande.
- Micrognatia (Mandíbula pequeña).
- Protrusión incisivos superiores.
- **Mallampati 3 o 4.**
- Cuello corto y grueso.
- Distancia tiromentoniana.



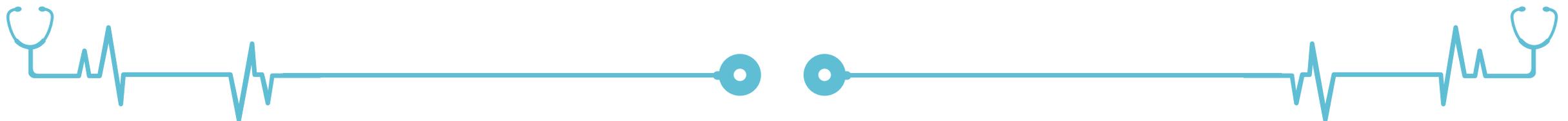
Vía aérea

La ASA define como **vía aérea difícil** a “la existencia de factores clínicos que complican la ventilación administrada por una mascarilla facial o la intubación realizada por una persona experimentada”.

La **ventilación difícil** se define como “la incapacidad de un anesthesiólogo entrenado para mantener la saturación de oxígeno por arriba de 90% usando una mascarilla facial, con una fracción inspirada de oxígeno de 100%”.

La **intubación difícil** se define como “la necesidad de tres o más intentos para la intubación de la tráquea o más de 10 minutos para conseguirla”. Es causa frecuente de morbilidad y mortalidad anestésicas, de ahí la importancia de que se pueda prever durante el examen preoperatorio.

Es trascendental recordar que a mayor grado de dificultad en la intubación, mayor incidencia y severidad de las complicaciones. **Hasta 30% de los fallecimientos anestésicos puede atribuirse a una vía aérea difícil.**



Mallampati

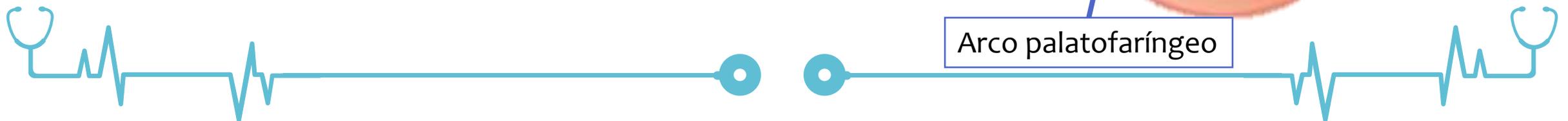
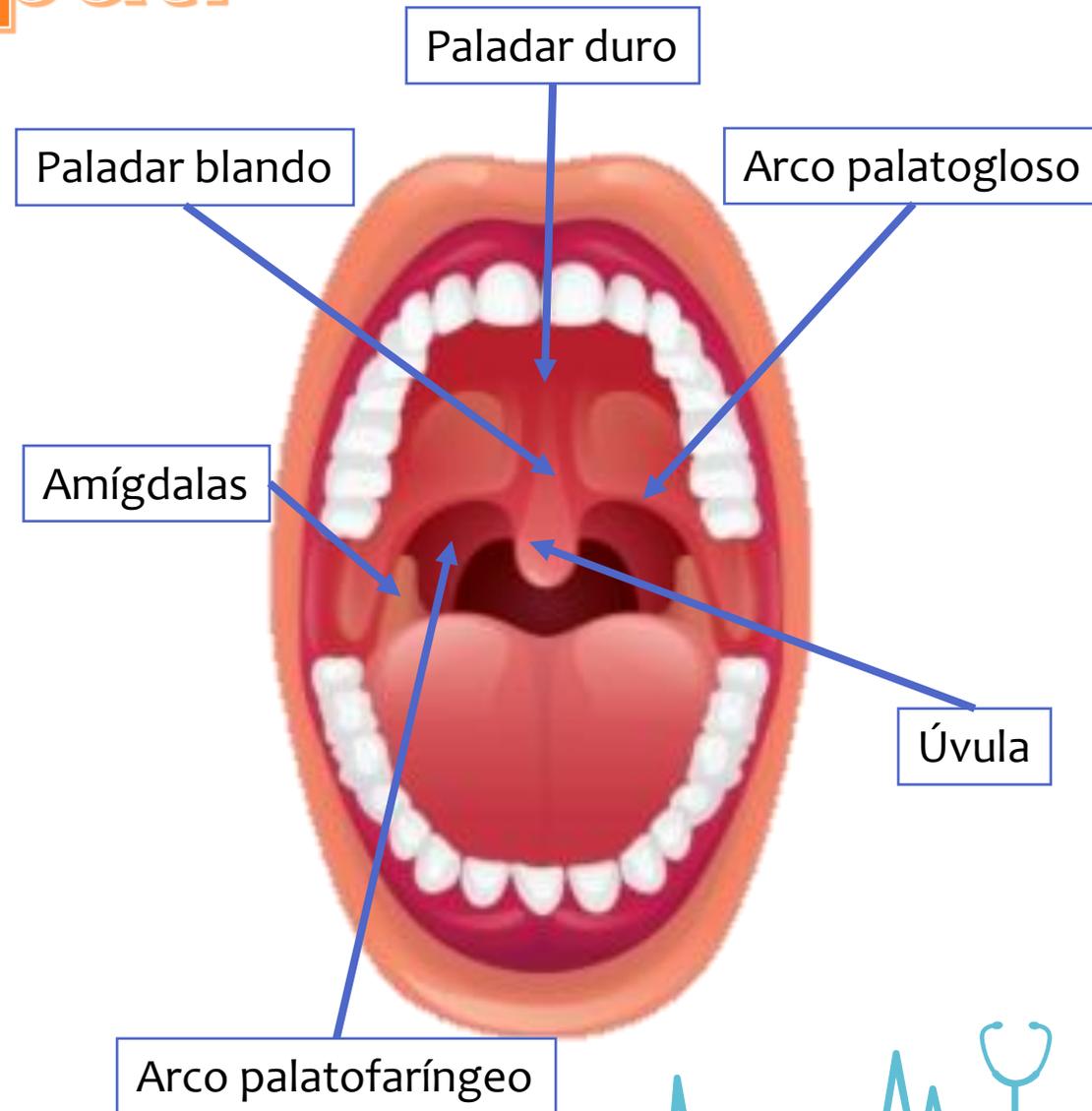
En 1983 el Dr. Mallampati propuso la falta de visualización de los arcos palatogloso y palatofaríngeo como un signo clínico predictivo de intubación traqueal difícil.

La hipótesis explicaba que si la base de la lengua era bastante grande, cubriría la laringe, condicionando una visión pobre y volviendo difícil una laringoscopia.

Dado que no es posible medir la base de la lengua, puede inferirse que si la base de la lengua es grande es capaz de ocluir la visión de los pilares, úvula y fauces.

Este signo clínico se evaluó en un estudio en 1985 por el mismo autor, valorando las estructuras orofaríngeas y de acuerdo con su visualización se estratificaron tres grados.

En 1987 Samsoon y Young realizaron modificaciones a la clasificación de Mallampati; adicionando el grado IV.



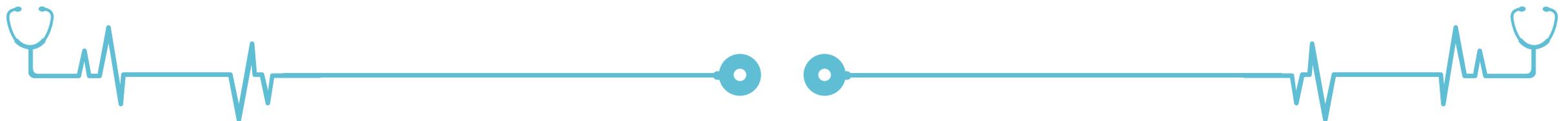
Mallampati

La clasificación de Mallampati se basa en la cantidad de estructuras que se logra visualizar en la cavidad oral, con el paciente frente al observador, con la boca abierta y la lengua protruida al máximo.

Ha mostrado gran utilidad como predictor de vía aérea difícil, pero su aplicación es limitada cuando se utiliza como único predictor.

Se cataloga de I a IV.

Clase	Visualización
I	Visibilidad del paladar blando, úvula y pilares amigdalinos.
II	Visibilidad de paladar blando y úvula.
III	Visibilidad del paladar blando y base de la úvula.
IV	Imposibilidad para ver el paladar blando.



Mallampati



I



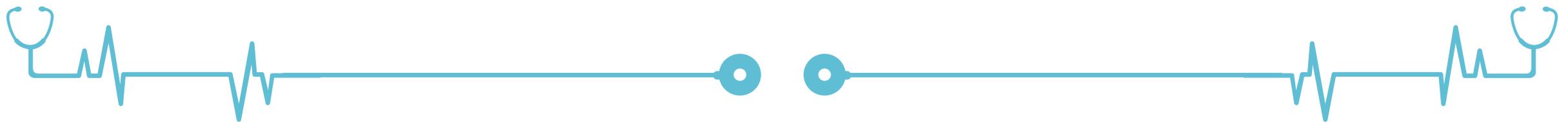
II



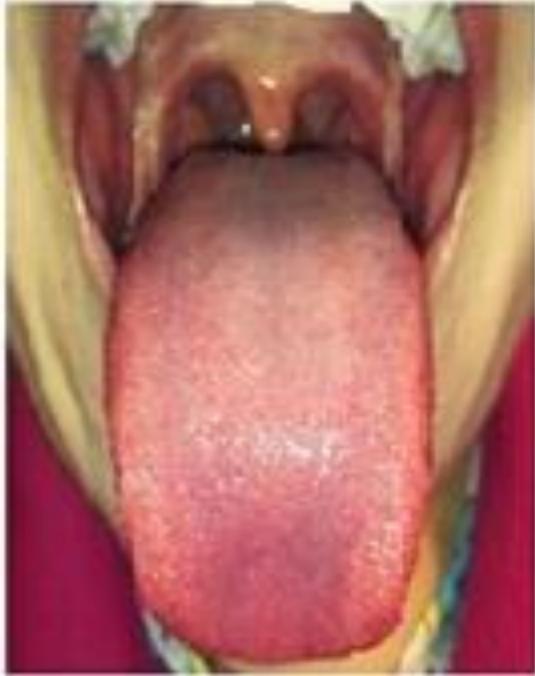
III



IV



Mallampati



I



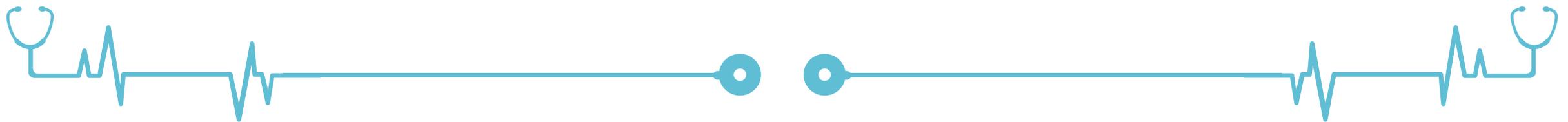
II



III



IV



Actividad

1. Realice un resumen de la materia contenida en esta presentación.
2. A su juicio, ¿Por qué es importante que usted conozca la clasificación ASA y Mallampati?
3. Investigue:
 1. Escala Patil-Aldrete (Distancia tiromentoniana)
 2. Distancia esternomentoniana
 3. Clasificación de Cormarck-Lehane

Debe contener:

- Concepto
- Clasificación (indicar clases o grados)

**Las actividades deben ser subidas a Classroom.
No se aceptarán envíos al correo electrónico.**



Bibliografía

1. Sepulveda P. 2013. ¿Qué entendemos por la Clasificación ASA-PS?. Gastroenterología latinoamericana. Vol 24. P 38-43. Obtenido de: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2013n100008.pdf>
2. Fuentes R, Nazar C, Vega P. 2018. Recomendación clínica: evaluación preoperatoria. Revista Chilena de Anestesia. Vol 48. P 182-193. Obtenido de: <https://revistachilenadeanestesia.cl/recomendacion-clinica-evaluacion-preoperatoria/>
3. Escobar J. 2009. ¿Cuánto podemos predecir la vía aérea difícil? Revista Chilena de Anestesia. Vol 38. P 84-90. Obtenido a: <https://revistachilenadeanestesia.cl/cuanto-podemos-predecir-la-via-aerea-dificil/>
4. Coloma R, Alvarez JP. 2011. Manejo avanzado de la vía aérea. Revista médica clínica las condes. Vol 22. P 270-279. Obtenido de: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_22_3/270-279-dr-coloma.pdf

