

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.<sup>1</sup>, Valeria Epulef MSc.<sup>1,2,\*</sup>, Cristian Rocco MSc.<sup>3,4</sup>, Federico Geisse MD.<sup>5</sup>, Manuel Vial PhD.<sup>1,6</sup><sup>1</sup> Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco, Chile.<sup>2</sup> Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.<sup>3</sup> Cátedra de Anestesiología, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.<sup>4</sup> Clínica Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.<sup>5</sup> Departamento de Especialidades Médicas, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.<sup>6</sup> 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 párpado 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 párpado	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 bucosinusal 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