

CIENCIAS QUIRÚRGICAS
ARTÍCULO ORIGINAL**Riesgo médico en pacientes estomatológicos según la clasificación ASA****Medical risk in dental patients according to the ASA classification**

Maribel de las Mercedes Bastarrechea Milián¹✉ , Agustín Rodríguez Soto ¹ ,
Denia Morales Navarro ¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez”.
La Habana, Cuba.

Cómo citar este artículo

Bastarrechea Milián mm, Rodríguez Soto, Morales Navarro D. Riesgo médico en pacientes estomatológicos según la clasificación ASA. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado]; 19(3):e3032. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3032>

Recibido: 02 de diciembre del 2019.

Aprobado: 20 de febrero del 2020.

RESUMEN

Introducción: Realizar un tratamiento estomatológico sin comprometer el estado sistémico ha motivado varios estudios. Entre ellos está la determinación del riesgo médico de los pacientes que acuden a la consulta estomatológica según la clasificación ASA, de lo

cual no existen reportes en Cuba.

Objetivo: Identificar los antecedentes médicos y determinar el riesgo médico ASA de los pacientes en la consulta estomatológica.

Material y Método: Se aplicó el cuestionario CROMEC (Clasificación de los Factores de Riesgo



Odontológico en los pacientes (Medicamento Comprometidos) a 30 pacientes que asistieron por primera vez a la consulta estomatológica. Se tuvo en cuenta edad, sexo, antecedentes médicos y medicamentos utilizados y se determinó la clasificación ASA.

Resultados: Predominó el grupo poblacional de 60 o más años con 53,3 % y dentro de este grupo el sexo femenino, 60 %. El 63,3 % de los pacientes estudiados poseían antecedentes médicos, con predominio de los hipertensos en un 56,6 % seguido por los pacientes diabéticos con 36,6 %. Los medicamentos más frecuentemente usados fueron los antihipertensivos para un 32 % seguido por los usados para la diabetes mellitus, 20 %. El

43,3 % de los pacientes se incluyeron en la clasificación ASA II.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes estudiados presentaron antecedentes médicos, los más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en correspondencia con el mayor uso de los medicamentos antihipertensivos y para la diabetes mellitus. La mayor cantidad de pacientes correspondieron a la clasificación ASA II, enfermedad sistémica leve, lo que indica tratamiento estomatológico con modificaciones.

Palabras claves: clasificación de riesgo quirúrgico, clasificación ASA en odontología.

ABSTRACT

Introduction: To carry out a dental treatment without compromising the systemic condition has been the aim of several studies. Among them, there is the determination of the medical risk according to ASA classification in patients attending the dental consultation, which has not been reported in Cuba.

Objective: To identify the medical history and to determine the ASA as a predictor of medical risk in patients attending the dental consultation.

Material and Method: The CROMECA questionnaire was applied to 30 patients that requested dental consultation for the first time. Age, sex, medical history and medications were taken into account to finally determine the ASA classification of the patients.

Results: The 60-year-old age group or over prevailed with 53,3 % and, within this group, the

female sex with 60 %. Besides, 63,3 % of patients studied had medical history, predominating the hypertensive patients with 56,6 %, followed by those suffering from diabetes mellitus with 36,6%. The most frequently used medications were the antihypertensive ones with 32%, followed by those used for diabetes mellitus with 20 %. In total, 43,3 % of patients were included in the ASA II classification.

Conclusions: More than half of the patients studied presented medical history, being arterial hypertension and diabetes mellitus in correspondence with the greater use of antihypertensive and diabetes mellitus medications the most frequent ones. Most of the patients corresponded with ASA II classification and mild systemic illness, indicating dental treatment with modifications.



Keywords: Classification of surgical risk, classification ASA in dentistry.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento estomatológico al paciente de riesgo quirúrgico debe ser planificado y teniendo en cuenta el estado físico en ese momento, la evolución predecible de su dolencia y su expectativa de vida. En su valoración se han aplicado diversos índices que originalmente se emplearon para referenciar la evolución de los enfermos oncológicos y que se aplican en medicina interna actualmente. Los más prácticos y sencillos son la escala de Karnofsky y el índice de ECOG del inglés *Eastern Cooperative Oncology Group* (Grupo Cooperativo Oriental de Oncología), donde se expresa, según la calidad de la salud del paciente, si se podrá realizar un tratamiento estomatológico u otro. Uno de los más utilizados para la estimación de riesgo en medicina ha sido el descrito por la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA, por sus siglas en inglés *American Society of Anesthesiologists*), el cual se basa en cinco categorías ASA (I, II, III, IV, V) en las que se agrupan los pacientes según la complejidad de las enfermedades sistémicas.⁽¹⁾

La clasificación de “estado físico ASA” se ha transformado en un ceremonial dedicado, por todos los anestesiólogos, a la memoria de los médicos pioneros que intentaron definir el “riesgo anestésico” en una época pasada. Una de las modificaciones fue realizada para evaluar el riesgo que presentaban los pacientes a la anestesia local para los tratamientos dentales. Para un uso más preciso y práctico, se subdividió en 7 grados⁽¹⁾ que incluyó el riesgo quirúrgico en

la práctica de la anestesia de rutina y divide a las categorías I y II en a y b. Stanley Malamed publicó otra adecuación para estomatología, calificándola según el EF (estado físico) desde el 1 hasta el 5.⁽²⁾

Se han usado varias encuestas para evaluar el riesgo ASA. Una de ellas fue la encuesta médica europea utilizada para identificar antecedentes médicos, traducida de la original holandesa denominada EMRRH, del inglés: *European Medical Risk Related History* (Historia relacionada con riesgo médico de Europa). Es un cuestionario elaborado en Holanda por la doctora Abraham-Inpijn⁽³⁾ y ha sido objeto de investigación en diez países europeos (Holanda, Irlanda, Islandia, Alemania, Inglaterra, España, Bélgica, Francia, Grecia, Hungría).⁽¹⁾

Otro cuestionario utilizado fue el CROMEC (Cuestionario para Clasificación de los Factores de Riesgo Odontológico en los Pacientes Medicamente Comprometidos), aplicado por la doctora Ana María Iglesias Corchero,⁽¹⁾ para dar salida a su tesis doctoral, con el cual determinó el estatus de morbilidad de los pacientes que acuden a la consulta estomatológica, las patologías o nosologías más prevalentes y cómo dichos antecedentes médicos influyen en la práctica dental diaria. El cuestionario CROMEC es una modificación adaptada del EMRRH y consta de 34 preguntas, divididas en una pregunta principal y una o más subpreguntas.

La identificación de los riesgos a través de las encuestas explicadas constituye una manera de



minimizar en lo posible la aparición de situaciones de emergencias médicas, durante la realización del tratamiento dental y organiza el interrogatorio con la consecuente mayor fiabilidad ya que en muchas ocasiones el paciente niega tener antecedentes médicos, porque no suele darle importancia y no lo relaciona con su problema bucal.

La búsqueda de un interrogatorio apropiado ha supuesto un esfuerzo de muchos investigadores en los últimos años. El cuestionario CROMEC tuvo como objetivo contar con un instrumento consensado y protocolizado que recoja toda la información de la anamnesis de los antecedentes médicos y farmacológicos de los pacientes que

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio donde se incluyeron 30 pacientes mayores de 18 años que acudieron por primera vez a la consulta de Estomatología Integral de la Clínica Corrales, del municipio Habana Vieja.

Se explicó a los participantes el objetivo de la investigación para garantizar la veracidad de los datos y obtener el consentimiento Informado.

Se aplicó el cuestionario CROMEC,⁽¹⁾ el cual consta de 34 preguntas, divididas en una pregunta principal y una o más subpreguntas. Cuando la respuesta a la pregunta principal se contestaba negativamente, se iba directamente a la siguiente pregunta principal; si la respuesta era afirmativa, se respondían las subpreguntas relacionadas con la pregunta principal.

A cada pregunta se le estableció un grado ASA, desde el I al IV. La respuesta negativa significó que el riesgo ASA correspondiente es el I y en la

acuden a las consultas dentales. Al establecer niveles de riesgo se pueden adaptar los esquemas de tratamiento dental a las necesidades particulares de cada paciente y coadyuvan a concretar los diferentes criterios por parte del profesional.

Por todo lo anteriormente planteado y teniendo en cuenta que no se ha encontrado ningún trabajo publicado en Cuba con este fin, los autores consideraron oportuno aplicar la encuesta CROMEC con el **objetivo** de identificar los antecedentes médicos y determinar el riesgo médico ASA de los pacientes en la consulta estomatológica.

respuesta afirmativa, el riesgo fue valorado de grado II, III o IV, según lo establecido en el cuestionario. El mayor grado ASA determinó el

grado de riesgo de cada pregunta y del cuestionario en general, teniendo en cuenta los resultados de este último se agruparon los pacientes según las siguientes categorías:

ASA I: los pacientes sanos y normales, con poco o ningún nivel de ansiedad. No es necesario realizar modificaciones en el tratamiento para este grupo de pacientes.

ASA II: los pacientes padecen una enfermedad sistémica leve. Indica que puede ser tratado con precaución y que en el tratamiento dental se deben realizar algunas modificaciones al plan de tratamiento, como por ejemplo: uso profiláctico de antibióticos o uso de técnicas de sedación.

ASA III: los pacientes padecen de enfermedad sistémica severa. El tratamiento dental electivo



no está contraindicado, pero estos pacientes presentan un mayor riesgo durante su realización o previo al mismo, lo que requiere la implementación de modificaciones al plan de tratamiento.

ASA IV: los pacientes padecen enfermedad incapacitante que significa una amenaza constante para su vida. El riesgo de tratar estomatológicamente a estos pacientes es muy elevado y no se debe proceder.

ASA V: Son pacientes moribundos y no se espera que sobrevivan más de 24 horas con o sin cirugía planificada. El tratamiento dental electivo está definitivamente contraindicado; sin embargo, puede ser necesario proporcionar tratamiento paliativo (analgesia y antibioticoterapia).

Las variables estudiadas fueron:

- Edad: se consideró como grupo de edades (18-35; 36-59; 60 años y más), según Programa Nacional de Estomatología Integral.
- Sexo: masculino o femenino, según encuesta.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra que en el estudio predominó el grupo poblacional de 60 años y más con un 53,3 % y el sexo femenino con un 60 % del total.

- Antecedentes médicos: se consideraron pacientes con antecedentes médicos aquellos que presentaron enfermedades sistémicas (con y sin antecedentes médicos), y el tipo de antecedente.
- Grupo de medicamentos utilizados: según el uso de medicamentos expresados por los pacientes en la encuesta, agrupados según uso médico.
- Clasificación ASA: según el mayor grado ASA identificado en la encuesta.

Se conformó una base de datos en una hoja de cálculo Excel del paquete Office 2010 donde se ubicaron los pacientes con sus respectivas variables.

Para el análisis de los resultados se calculó la frecuencia absoluta y relativa expresada en porcentaje, además de la razón como medidas para variables cualitativas y se presentaron en forma textual y en tablas

En ambos sexos se presenta un patrón ascendente en la medida que aumenta la edad, más marcado en el sexo femenino.

Tabla 1 - Distribución según grupo edad y sexo

Grupo de edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
18-35	2	6,6	3	10	5	16,6
36-59	4	13,3	5	16,6	9	30
60 y más	6	20	10	30	16	53,3
Total	12	40	18	60	30	100



La distribución de los pacientes según la presencia de antecedentes médicos se observa

en la tabla 2, donde el 63,3 % de ellos se ubica con antecedentes.

Tabla 2 - Distribución según presencia de antecedentes médicos

Antecedentes médicos	Pacientes estomatológicos	
	No.	%
Sin antecedentes médicos	11	36,6
Con antecedentes médicos	19	63,3
Total	30	100

El porcentaje se calculó respecto al total de pacientes (30).

Los antecedentes de enfermedades sistémicas que presentaron los pacientes en este estudio (Tabla 3) fueron la hipertensión arterial con 56,6

%, seguida de la diabetes mellitus con 36,6 %. El asma ocupó el tercer lugar con 26,6 %.

Tabla 3 - Distribución según tipo de antecedentes médicos

Tipo de antecedentes médicos	Pacientes estomatológicos	
	No.	%
Hipertensión arterial	17	56,6
Diabetes mellitus	11	36,6
Asma	8	26,6
Trastornos cardíacos	4	13,3
Trastornos de tiroides	4	13,3
Trastornos hepáticos	3	10
Trastornos renales	2	6,6
VIH	2	6,6
Trastornos hematológicos	1	3,3
Parkinson	1	3,3

El porcentaje se calculó respecto al total de pacientes (30).

El uso de los medicamentos queda registrado en la Tabla 4, los pacientes en este estudio refirieron usar 9 grupos de medicamentos y de ellos los

antihipertensivos en un 32 % fueron los más usados, seguido por los medicamentos para la diabetes mellitus que representa el 20 %.



Tabla 4 - Distribución según grupo de medicamentos utilizados

Grupo de medicamentos utilizados	Pacientes estomatológicos	
	No.	%
Para hipertensión arterial	16	32
Para diabetes mellitus	10	20
Depresión o ansiedad	6	12
Aspirina u otro analgésico	4	8
Para cardiopatías	4	8
Para alergias	3	6
Antibióticos	3	6
Corticoides	2	4
Anticoagulantes	2	4
Total	50	100

El porcentaje se calculó respecto al total de pacientes (30).

La ubicación de los pacientes según la clasificación ASA aparece en la Tabla 5, la ASA II fue la más frecuente en este estudio con 43,3

%, seguida por un 36,6 % de la clasificación ASA I. En la categoría V no se registró ningún paciente.

Tabla 5 - Distribución según clasificación ASA utilizando el cuestionario CROMECC

Clasificación ASA	No.	%
I	11	36,6
II	13	43,3
III	5	16,6
IV	1	3,3
V	0	0
Total	30	100

CROMECC: Clasificación de los Factores de Riesgo Odontológico en los pacientes médicamente comprometidos.

El porcentaje se calculó respecto al total de pacientes (30).

DISCUSIÓN

La población envejecida predominó en este estudio, en el que más del 50 % del grupo estudiado estuvo en edades de 60 años o más (Tabla 1). Una de las razones más significativas

que justifican este aumento de la población geriátrica, del que Cuba no está exenta, es el aumento de la esperanza de vida. Al mismo tiempo, se considera que la medicina y los



servicios sanitarios han mejorado junto con la calidad en el tratamiento de estos pacientes. Se asocia además con el descenso de las tasas de natalidad, lo cual ha estado causando lo que los expertos denominan "transición demográfica", es decir, el descenso gradual de los niveles de natalidad y mortalidad.⁽¹⁾

Se plantea que este creciente envejecimiento de la población, producirá un aumento de las enfermedades y las discapacidades que implicará una mayor responsabilidad en el mantenimiento de la salud y de hecho, se producirá un crecimiento en el número de personas que soliciten cuidados dentales, dando lugar a un aumento de los pacientes que presentan riesgos que influyan en las enfermedades bucales y, por lo tanto, en el abordaje y su posterior tratamiento.^(4,5,6)

En el estudio de la Dra. Corchero se demostró que existe una relación estadísticamente significativa entre riesgo médico y edad por lo que el Riesgo ASA II, ASA III y ASA IV es mayor en las edades más avanzadas y también determinó que existe una correlación positiva típica y significativamente débil entre riesgo médico y edad.⁽¹⁾

Al analizar los datos por género, el mayor porcentaje de las personas de 60 años o más sobre la población total son mujeres, con un 30 % mientras que los varones muestran un 20 %. Aunque la diferencia es solo de 10 %, se plantea que las mujeres tendrán mayor esperanza de vida que los varones en la próxima década y en las previsiones para el año 2031 se podría observar un envejecimiento más acelerado con un 30 % de mujeres mayores de 65 años.⁽¹⁾

La población con antecedentes médicos fue la

que más predominó en este estudio (Tabla 2). El resultado se corresponde con el análisis de Chandler-Gutiérrez sobre la valoración del riesgo médico en la consulta dental donde se demuestra que un tercio de los pacientes que asistieron por primera vez a una clínica estomatológica universitaria manifestaban antecedentes médicos de interés.⁽⁷⁾

En el artículo de Fernández Feijoo el 35,2 % de los pacientes que acudieron al sistema de salud público tenían algún tipo de enfermedad sistémica en comparación con el 28,1 % de los que acudieron a la clínica privada. En el estudio de Salazar Arboleda, la prevalencia de antecedentes médicos fue del 81 % y en el estudio de Abuabara, un 26 % tenía al menos 1 antecedente médico.^(8,9,10)

En todas estas investigaciones se refleja que la incidencia de importantes antecedentes médicos de riesgo debe considerarse como significativa en el momento actual, y con tendencia presumible al aumento constante, ya que se estima que dentro de 20 años las personas mayores de 65 años serán el 30 % de la población en Europa. En consecuencia se incrementará el número de pacientes médicamente comprometidos con enfermedades sistémicas importantes o de larga evolución, lo cual aumentará de manera notable el número de los que acudirán a las consultas estomatológicas en busca de tratamiento.⁽¹⁾

Se ha señalado que las personas con necesidades especiales, las cuales presentan condiciones tanto médicas, físicas, como psíquicas de desarrollo o cognitivo, pacientes de edad avanzada, que poseen limitaciones de su capacidad para desenvolverse en su vida



cotidiana, requieren de una atención de salud integral, multidisciplinaria, que tenga en cuenta además su entorno familiar y los diferentes sectores de la sociedad.^(11,12) Para facilitar este propósito, estos pacientes en Cuba constituyen un grupo priorizado dentro del área de salud.

Los antecedentes médicos más frecuentes de los pacientes bajo estudio fueron la hipertensión arterial seguida de la diabetes mellitus (Tabla 3). La hipertensión arterial se encuentra entre las enfermedades cardiovasculares que pueden tener repercusión en la clínica dental. Asimismo, las personas con diabetes mellitus corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar complicaciones o la muerte. Los constantes altos niveles de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan otros sistemas y también tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones.^(13,14,15)

El presente estudio no coincide con el realizado en Holanda por Lucy Abraham-Inpijn,⁽³⁾ en el cual, los antecedentes médicos que predominaron fueron los cardiovasculares.

En un estudio de Chandler-Gutiérrez se determinó que la hipertensión arterial fue la enfermedad más frecuente (13,8 %) lo cual coincide con los resultados de este estudio pero con 56,6 %, no fue así con el resto de los antecedentes; la diabetes mellitus estuvo en segundo lugar con 36,6 %. En el estudio del Dr. Chandler-Gutiérrez le siguieron las alergias medicamentosas (8,37 %), las palpitaciones (7,82 %), la patología respiratoria (5,16 %) y finalmente la diabetes mellitus (4,3 %).⁽⁷⁾

Los medicamentos más usados por los pacientes

en este estudio (Tabla 4), se corresponden con los utilizados en las enfermedades identificadas como más frecuentes, es decir los antihipertensivos y los usados para el control de la diabetes mellitus.

Tanto la hipertensión arterial como la diabetes mellitus según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), son enfermedades no transmisibles (o crónicas), de larga duración con una progresión generalmente lenta. Son enfermedades para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos. Constituyen la principal causa de muerte y discapacidades en el mundo.^(16,17)

Plantea Corchero⁽¹⁾ que es muy importante, para poder evaluar de forma correcta a un paciente médicamente comprometido, además de la identificación de la enfermedad sistémica que padece, conocer los medicamentos que está consumiendo, ya que estos pueden tener interacciones con otros fármacos que sean administrados por el estomatólogo o con el mismo tratamiento bucal.

En el caso de los medicamentos usados por los diabéticos se plantea que la acción hipoglicémica de las sulfonilureas puede ser potenciada por fármacos que se unen fuertemente a las proteínas plasmáticas, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (ibuprofeno, dipirona, aspirina, piroxicam), anticoagulantes orales (dicumarol), bloqueadores beta adrenérgicos no selectivos



(propranolol), inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), sulfonamidas y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) particularmente el captopril. En relación con los AINES, se plantea que una dosis analgésica no ejerce efecto indeseado; la hipoglicemia es resultado de la acción aditiva de varias dosis por lo que hay que tener precaución ante una exposición prolongada a este tipo de medicamento.

En un paciente diabético se debe indicar el paracetamol como analgésico, el control del dolor es muy importante, pues el estrés agudo aumenta la liberación de adrenalina, la eliminación de glucocorticoides y la disminución de la secreción de insulina. Todas estas alteraciones provocan un incremento de la glucosa sanguínea y de ácidos grasos libres que pueden descompensar la diabetes mellitus.^(18,19)

En el caso de los hipertensos puede existir una interacción farmacológica entre la epinefrina y algunos bloqueadores adrenérgicos, especialmente los beta-bloqueadores no-selectivos como el propranolol, dando lugar a un aumento de la presión sanguínea. La eficacia de algunos antihipertensivos como los diuréticos, betabloqueadores y los IECA puede disminuir con el uso prolongado de los AINES que son utilizados por el estomatólogo para el tratamiento del dolor y la inflamación. Se plantea que el uso de AINES después de 5-7 días reduce la efectividad de la medicación antihipertensiva.⁽¹⁹⁾

La clasificación ASA II fue la más frecuente en este trabajo, con un 43,3 % (Tabla 5), resultado que coincide con la tesis realizada en Holanda por Lucy Abraham-Inpijn, que reporta también como

mayor porcentaje al grupo ASA II con un 12,7 %. Este resultado coincide además con el estudio llevado a cabo en Bélgica en que el 25 % presentó riesgo ASA II, con el de Chandler-Gutiérrez que obtuvo el 17,31 % y con el realizado por Corchero⁽¹⁾ que reportó 72,6 %. Hubo diferencia con la experiencia de Esteves, donde predominó la clasificación ASA I con un 46 %.⁽²⁰⁾

Respecto a las otras clasificaciones se muestra que a la ASA II en el presente trabajo le continuaron en orden descendente ASA I, III y IV. En los tres primeros estudios comparativos presentados le siguieron en orden descendente las clasificaciones ASA III y IV, resultado diferente del de Corchero que se continuó ASA IV y III y el de Esteves con ASA II y III respectivamente.⁽¹⁾

Se plantea que existen inconsistencias al llevar a cabo esta clasificación, basadas en el hecho de que carece de especificidad y conduce a una interpretación clínica inespecífica. Existen también contradicciones sobre su uso como evaluación de resultados quirúrgicos, debido a que algunos especialistas la utilizan como predictiva de riesgo operatorio. Sin embargo, aunque es una clasificación para la evaluación del estado físico del paciente ampliamente utilizada, los anestesiólogos y otros médicos la consideran como de "riesgo quirúrgico." Un estudio que recoge la variabilidad de opiniones de esta clasificación, reportó que de 70 sujetos del personal de anestesia, 89 % la señaló como indicador de riesgo anestésico, y un 49 % de "riesgo quirúrgico".^(21,22)

El sistema de clasificación ASA podría ser fácil de usar cuando el paciente asiste a la consulta con un solo problema médico. Sin embargo, muchos



asisten con una historia médica de múltiples condicionantes sistémicas y la determinación de su clasificación dentro del sistema ASA se hace más difícil. En esta situación el estomatólogo debe especificar el grado de significado de cada enfermedad para luego escoger la categoría apropiada en la que se encuentra el paciente y cuando sea incapaz de determinar el significado clínico de una o varias enfermedades, se recomienda la interconsulta con el médico o especialista del paciente.

De cualquier manera, la seguridad del paciente es

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los pacientes estudiados presentó antecedentes médicos, circunstancia que se precisa evaluar antes de iniciar cualquier tratamiento dental.

Los antecedentes médicos más frecuentes para este estudio fueron la hipertensión arterial y la

un componente importante de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas. Con el transcurrir del tiempo, la seguridad del paciente ha evolucionado conforme avanza el desarrollo científico y tecnológico, enmarcada dentro del concepto de calidad del servicio que se les presta.^(23,24)

Como limitaciones del estudio puede citarse la extensión del cuestionario y el hecho de que la veracidad de las respuestas depende del conocimiento que tenga el paciente

diabetes mellitus en correspondencia con el mayor uso de los medicamentos antihipertensivos y para la diabetes mellitus.

La mayor cantidad de pacientes estuvo agrupada en la clasificación ASA II, lo que indica tratamiento estomatológico con modificaciones.

RREFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corchero Iglesias AM. Factores de riesgo odontológico en pacientes médicamente comprometidos registrados en un centro de atención primaria de odontología del Servicio Galego de Saúde – Sergas [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2013 [Citado 24/02/2020]. Disponible en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/10011>
2. Sánchez Trocino B, Díaz Acevedo JA, Cortez López NE, Cruz Duran GM. Valoración y clasificación de pacientes en la consulta dental. Rev Odontol Latinoam [Internet]. 2016 [Citado

24/02/2020];8(1):1-6. Disponible en: www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V08N1p1.pdf

3. Abraham Inpijn L, Russell G, Abraham DA, Bäckman N, Baum E, Bullón-Fernández P, et al. A patient-administered Medical Risk Related History questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries (multicenter trial). Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod [Internet]. 2008 [Citado 24/02/2020]; 105:597-605. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0->



[S1079210407008219.pdf?locale=es_ES&searchIndex=](#)

4. Castellanos Suarez JL, Díaz Guzmán LM, Lee Gómez A. Medicina en odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas [Internet]. 3ra ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2015 [Citado 24/02/2020]. Disponible en:

https://www.academia.edu/35047303/Medicina_en_Odontologia-CastellanosSu

5. Claudio Nazar J, Maximiliano Zamora H. González A. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Rev Chil Cir [Internet]. 2015 Abr [Citado 24/02/2020];67(2):207-13. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000200017&lng=es

6. [Pemberthy López C](#), [Jaramillo Gómez N](#), [Velásquez Mejía CA](#), [Cardona Vélez J](#), [Contreras Martínez H](#), [Jaramillo Restrepo](#). Conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular. [Rev Colombiana Cardiol](#) [Internet]. 2016 [Citado 24/02/2020];23(3):210-17. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563316000048>

7. Chandler Gutiérrez L, Martínez Sahuquillo A, Bullón Fernández P. Evaluation of medical risk in dental practice through using the EMRRH questionnaire. Med Oral [Internet]. 2004 [Citado 24/02/2020];9:309-20. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15292870>

8. Fernández Feijoo J, Garea Goris R, Fernández Varela M, Tomás Carmona I, Diniz Freitas M. Prevalencia de enfermedades sistémicas entre

los pacientes que demandan atención odontológica en el sistema público y en el privado. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2012 [Citado 24/02/2020];17(2):102-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3867245>

9. Salazar Arboleda GE, Vargas Morant R. Antecedentes médicos referidos en la historia clínica odontológica en pacientes atendidos en Barranquilla, Colombia. Rev Colomb Investig Odontol [Internet]. 2011 [Citado 24/02/2020];2(6):172-80. Disponible en:

<https://www.semanticscholar.org/paper/ANTECEDENTES-M%C3%89DICOS-REFERIDOS-EN-LA-HISTORIA-EN-EN-Arboleda-Moranth/a816e7955285a6d96e8aea2d78166c39daba71af>

10. Abuabara A, Pion Abuabara MA. Detecting medical problems in brazilian dental patients. Rev de Clin Pesq Odontol [Internet]. 2005 [Citado 24/02/2020]; 2(1):11-8. Disponible en: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/oralresearch/article/download/22834/>

11. Sueiro Sánchez IA, Hernández Millán AB, Díaz Sosa G, Padilla Gómez EM, Díaz Sosa C, Hernández Millán ZL. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. Medisur [Internet]. 2016 Dic [Citado 24/02/2020];14(6):717-26. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600007&lng=es

12. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles desde la Atención Primaria de



Salud. 2da ed. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2015.

13. Tebres J, Yopez F, Tovar J. Protocolo de atención para el tratamiento bucal quirúrgico a pacientes con cardiopatías isquémicas revisión de la literatura. Acta Bioclín [Internet]. 2018 [Citado 24/02/2020];8(15):237-47. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/9969/9896>

14. Fon BL, Castello Branco MLF, Lima Brito S, Vasconcelos Lima AL, Trindade Filho EM, Pachêco de Oliveira A. Atendimento odontológico em paciente portador de coagulopatía congénita: Relato de caso. Rev AcBO [Internet]. 2018 [Citado 24/02/2020];27(1):1-8. Disponible en: <http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/343/444>

15. Vallejo Mera VH. Protocolo quirúrgico aplicado a pacientes diabéticos en la clínica de cirugía bucal en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil [Tesis Maestría]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015 [Citado 24/02/2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18681/1/vallejovictor.pdf>

16. González Rodríguez R, Cardentey García J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev Finlay [Internet]. 2018 [Citado 24/02/2020];8(2):103-10. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>

17. Serra Valdés M. Las enfermedades crónicas no transmisibles en la Convención Internacional Cuba-Salud 2015. Rev Finlay [Internet]. 2015 [Citado 24/02/2020];5(2):86-88. Disponible en:

<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/362>

18. Castellares Malpartida MA. Nivel de conocimiento en el manejo del paciente con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 en alumnos de 5to año e internos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima – Perú. [Tesis de especialidad de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [Citado 24/02/2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4964>

19. Bastarrechea Milián M, Quiñones La Rosa I. Medicamentos en pacientes con Riesgo Quirúrgico y su repercusión en estomatología. Rev Habanera Cienc Méd [Internet]. 2019 [Citado 24/02/2020];18(2):254-69. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2394>

20. Esteves H, Suárez Quintanilla JM. Optimizaçào da anamnese em Medicina Dentária. Cadernos de Saúde [Internet]. 2011 [Citado 24/02/2020];4(2):47-55. Disponible en: www.cadernosdesaude.org

21. López Herranz GP, Torres Gómez OG. Variabilidad de la clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos entre los anestesiólogos del Hospital General de México. Rev Mexicana Anestesiol [Internet]. 2017 [Citado 24/02/2020];40(3):190-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com › pdfs › rma › cma-2017>

22. La Rosa Armero Y, Rodríguez Fernández Z, Matos Tamayo ME. El dilema de las reintervenciones quirúrgicas. Rev Cubana



Cir [Internet]. 2018 [Citado 24/02/2020];57(4):708. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-91055>

23. Castilla Hernández NY, Gómez Álvarez HP, Quintero Sierra MR. Seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico. [Tesis maestría]. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2017. [Citado 24/02/2020]. Disponible en: <https://www.google.com/cu/search?ei=o1FVXqP>

[hF5Ck_QaGylyQBg&q=Seguridad+del+paciente+en+el+ámbito+quirúrgico.](https://www.google.com/cu/search?ei=o1FVXqP)

24. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Méd Clín [Internet]. 2017 Sep-Oct [Citado 24/02/2020];28(5):785-95. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.

