

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL ESCUELA ALEMÁN NICARAGUENSE**



**Tesis para optar al título de Médico Especialista en
Anestesiología y Reanimación**

Eficacia y costos de la anestesia con sevoflurane a flujos bajos en pacientes sometidos a cirugía en el Hospital Alemán Nicaragüense, durante enero-febrero del 2017.

Autor:

Dr. Gabriel Antonio Olivas Lagos
Médico Residente de III Año de Anestesiología

Tutor:

Dr. Víctor Vladimir Muñoz
Médico Especialista en Anestesia y Reanimación

Managua, Marzo de 2017

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	2
III.	Justificación	3
IV.	Planteamiento del problema	4
V.	Objetivos	5
VI.	Hipótesis	6
VII.	Marco Teórico	7
VIII.	Diseño Metodológico	22
IX.	Resultados	29
X.	Discusión	31
XI.	Conclusiones	33
XII.	Recomendaciones	34
XIII.	Bibliografía	35
XIV.	Anexos	38

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años el uso de flujos bajos en anestesia ha tomado un fuerte resurgimiento debido a factores económicos y ambientales, avances en la tecnología de monitoreo y por la introducción de «nuevos» gases anestésicos inhalados (Baxter, 1997; Parra, 2004; Portela-Ortiz, 2015).

Según Nunn (2008), no existe una definición universalmente aceptada de anestesia de bajo flujo. Sin embargo, Baum (2001) la define como una técnica anestésica por inhalación a través de un sistema de re-inspiración en al menos 50%, es decir el 50% del volumen de gases exhalado regresa al paciente después de la absorción de dióxido de carbono en la inspiración siguiente. Para estandarizar la terminología para circuitos respiratorios.

Diversos autores (Baxter, 1997; Brattwall et al., 2012; Mychaskiw, 2012; Nunn, 2008; Parra, 2004; Ryu, et al., 2011) han proveído evidencias sobre las ventajas al utilizar flujos bajos, por ejemplo contribuye a disminuir los gastos en la anestesia; mejora la climatización de los gases inspirados; y la reducción de la contaminación atmosférica. También el consumo de sevoflurano se ve aumentado más del doble cada en flujos altos que en los de flujo bajo. Asimismo, el utilizar flujos bajos ayuda a conservar la humedad y la temperatura y se puede aumentar el número de horas de anestesia por botella de sevoflurano hasta en un 73.7% (Brattwall et al. 2012; Ryu et al., 2011).

El incremento de los costos de agentes anestésicos inhalados, como sevoflurano y desflurano, han influenciado que un número creciente de anesthesiólogos a usar flujos reducidos de gas fresco en sistemas respiratorios circulares. Estudios económicos de anestesia han usado modelos matemáticos para predecir el consumo anestésico (Weiskopf, et al., 1993; Baxter, 1997; Mapleson, 1998), y se acepta generalmente que los flujos bajos se asocian a menor consumo de agentes anestésicos (Body, et al., 1991; Cotter et al, 1991; Eger, 1995).

II. ANTECEDENTES

En base a la revisión realizada no se encontraron estudios similares a nivel nacional. A continuación se presentan algunos estudios relacionados.

Ryu et al (2011) realizaron un estudio observacional para evaluar el efecto del consumo de la anestesia inhalatoria con flujos bajos, basado en sevoflurano ya que representa más del 90% de los anestésicos volátiles utilizados en el Departamento of Anestesiología and Medicina del Dolor, del National University Hospital, Seúl, Corea. Los autores concluyeron que la política de flujos bajos durante el mantenimiento de la anestesia general reduce la cantidad de sevoflurano en casi 40%, mejorando la rentabilidad de los anestésicos volátiles.

Mehmet et al. (2005) investigaron los efectos de 3 diferentes tasas de flujo sobre la estabilidad hemodinámica perioperatoria, con desflurano. El diseño fue prospectivo en el Departamento de Anestesiología y Reanimación, Universidad de Gaziantep, en Turquía en pacientes entre 18-65 años, con ASA I-II, no premedicados programados para someterse a cirugía (ureterolitotomía, Colecistectomía, pielolitotomía o tiroidectomía). Se concluyó que la anestesia con desflurano de bajo flujo puede ser una alternativa a la anestesia de alto flujo en pacientes con ASA I o II.

Doolke et al. (2001) realizaron un estudio en pacientes sometidos a artroscopia electiva de rodilla en un hospital sueco para determinar el consumo de sevoflurano y su relación con el flujo de gases. En conclusión, la simple reducción del flujo de gas fresco resultó en una disminución del consumo de sevoflurano y se considera una técnica anestésica eficaz en la estrategia de minimización de costos.

Ruiz (2005) realizó un estudio prospectivo en 115 pacientes sometidos a toracotomía electiva, divididos en dos grupos, uno con flujos bajos y otro con flujos altos. El objetivo fue mostrar las ventajas de la ventilación anestésica con flujos bajos. Se concluyó que la principal ventaja fue el ahorro del 68% en el consumo de oxígeno y un 60% en sevoflurano.

III. JUSTIFICACIÓN

La evaluación económica de medicamentos y tecnologías sanitarias es una disciplina en auge en nuestros tiempos (Ortiz-Gomez, et al., 2011; Saladrigas y Sacristan del Castillo, 2004). Los recursos sanitarios son limitados y debemos aprovecharlos del mejor modo posible, especialmente en los países en vía de desarrollo como Nicaragua.

Lamentablemente en el sector salud los médicos conocemos muy poco acerca de los costos de la prestación de los servicios, por lo que se hace difícil controlarlos.

En el caso concreto de la Anestesiología en general, es un campo poco desarrollado, donde no abundan los estudios y eso dificulta la formación o el desarrollo de programas prácticos y protocolos basados en recomendaciones basadas en evidencia donde se incluya el punto de vista de la farmacoeconomía. Por otro lado, a pesar las ventajas de la anestesia a flujos bajos su uso es limitado (Baxter, 1997; Brattwall et al., 2012; Mychaskiw, 2012; Nunn, 2008; Parra, 2004; Ryu, et al., 2011).

Con este estudio se pretende obtener información basada en evidencia sobre las ventajas en términos de eficacia y de costos al proveer anestesia con flujos bajos.

En Centro América, no se ha realizado un estudio similar lo que refleja la originalidad del mismo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la eficacia y el costo de la anestesia según el tipo de flujos en cirugías realizadas en el Hospital, durante enero-febrero del 2017?

V. OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la eficacia y costos de la anestesia a flujos bajos en pacientes sometidos a cirugía en el Hospital Alemán Nicaragüense, durante enero-febrero del 2017.

Objetivos específicos:

1. Describir las características socio demográficas de ambos grupos.
2. Analizar los parámetros gasométricos según el uso de flujos usado.
3. Evaluar la seguridad anestesia en ambos grupos según su hemodinámica y parámetros gasométricos.
4. Comparar entre ambos grupos la duración de la anestesia.
5. Comparar el consumo de anestésico
6. Estimar los costos entre ambos grupos de estudio.

VI. HIPÓTESIS

La eficacia y el costo de la anestesia a flujos bajos en cirugía es mejor a la de flujos medios en el Hospital Alemán Nicaragüense, durante enero-febrero del 2017.

VII. MARCO TEÓRICO

Historia de la anestesia de los flujos bajos (Parra, 2004)

Desde hace aproximadamente 150 años, John Snow introdujo los sistemas de reinhalación para administrar gases anestésicos, utilizando hidróxido de potasio, como absorbedor del dióxido de carbono. Posteriormente, en 1924, Ralph Waters creó un sistema cerrado de “vaivén” (to and for), empleando la cal sodada para absorber el dióxido de carbono (CO₂).

Brian Sword, en 1930, diseñó y puso en práctica el sistema circular cerrado tal como lo conocemos en la actualidad, con válvulas inspiratoria y espiratoria, absorbedor de CO₂ con cal sodada, las dos mangueras y la bolsa reservorio. Dicho sistema fue ideal para administrar en circuito cerrado el ciclopropano y el éter, por su potencia de explosión y flamabilidad, lo cual permitió que su empleo se difundiera ampliamente en el mundo de la anestesia. Las características fisicoquímicas de estos dos agentes facilitaron su uso clínico, ya que no requerían concentraciones exactas para lograr una anestesia segura.

Con el advenimiento del primer anestésico halogenado (flutano), presentado clínicamente por Raventos en 1956, comenzaron a emplearse los sistemas de altos flujos por ser un anestésico no explosivo y de gran potencia. De esta forma, el empleo de la técnica circular de flujos bajos fue cayendo en desuso con el tiempo. Los flujos altos de gas fresco pasaron a ser la práctica común en muchos países a pesar de ser una técnica ineficiente, costosa y pese a que las modernas máquinas de anestesia y sistemas de monitorización son capaces de cumplir los requerimientos necesarios para administrar anestesia a flujos bajos en el sistema circular, puesto que es un método que proporciona una especial atención del paciente, seguridad, efectividad y eficiencia en función de los costos.

Clasificación de los sistemas ventilatorios (Parra, 2004)

Los sistemas para administrar anestesia general se clasifican de acuerdo con varios criterios. A este respecto, diferentes autores han dado diversas clasificaciones y la mayoría describen cuatro sistemas, a saber:

1. Abierto.
2. Semi-abierto.
3. Semi-cerrado.
4. Cerrado.

Moyers basó su clasificación en la presencia o ausencia de la bolsa reservorio y en la existencia de reinhalación. En un sistema abierto no hay reservorio ni reinhalación. El sistema semi-abierto tiene reservorio y no existe reinhalación. En el sistema semi-cerrado hay reservorio y una reinhalación parcial, mientras que en el sistema cerrado existe reservorio y la reinhalación es completa.

Collins, cuya clasificación se observa en el Tabla 1, define un **sistema abierto** como aquel en el cual un agente anestésico es llevado al tracto respiratorio por el aire atmosférico como agente diluyente, de modo que la vía respiratoria tiene acceso a la atmósfera durante la espiración y la inspiración, no existiendo reservorio ni reinhalación (ejemplo: éter en gota abierta). Un **sistema semi-abierto** es aquel en el cual el tracto respiratorio está abierto a la atmósfera tanto en la espiración como en la inspiración, existiendo reservorio abierto a la atmósfera y técnicamente no existe reinhalación, siendo el aire atmosférico transportador o diluyente del agente anestésico. El **sistema semi-cerrado** lo define como aquel en el cual el sistema respiratorio del paciente está completamente cerrado en la inspiración y abierto a la atmósfera en la espiración, tiene la bolsa reservorio y si hay inhalación ésta es parcial. El sistema cerrado es aquel que no permite fugas de las mezclas anestésicas, no existiendo comunicación con la atmósfera, y la reinhalación es completa. Otros autores, basándose en la cantidad de gas fresco usado, clasifican el circuito circular como sistema de no reinhalación, sistema de reinhalación parcial o sistema de reinhalación total. Con cualquiera de estos sistemas, se debe estar seguro de que los gases frescos suministrados sean suficientes para satisfacer

las necesidades del paciente en materia de oxígeno, de anestésico inhalado y la eliminación del CO₂.

Tabla 1 Sistemas ventilatorios (Parra, 2004).

Sistema	Reservorio	Reinhalación	Comunicación a la atmosfera	
			Inspiración	Espiración
Abierto	No	No	Sí	Sí
Semi-abierto	Sí	No	Sí	Sí
Semi-cerrado	Sí	No o parcial	No	Sí
Cerrado	Sí	Sí	No	No

Adaptado de: Collins VJ: Principles of anesthesiology. Philadelphia, Lea & Febiger, 1966.

Importancia de los flujos bajos y el circuito cerrado (Parra, 2004).

La técnica de los flujos bajos y circuito cerrado es hoy en día una necesidad para cuantificar mejor los anestésicos y proporcionar un mejor margen de seguridad, puesto que en su aplicación conocemos ampliamente la farmacocinética de los anestésicos inhalatorios. Las investigaciones y la experiencia continuas en anestesiología han determinado una serie de recomendaciones mediante las cuales “la ciencia mejorará el arte”. Los anestesiólogos que utilizan los flujos bajo circuito cerrado lo hacen con un interés común de conocer, investigar y promocionar esta técnica, obteniendo como resultado final reducir el riesgo anestésico, aumentado el beneficio de suministrar una anestesia más segura y efectiva a los pacientes. Utilizando esta técnica, pensamos en términos de absorción y dosis total más que en una concentración de los anestésicos inhalados que entran al circuito ventilatorio. Este cambio en la forma de pensar es el principal obstáculo para efectuar la transición entre la anestesia con flujos altos a la de flujos bajos. Éstos permiten que el circuito cerrado actúe como un sistema amortiguador de los cambios graduales en la mezcla inspiratoria, puesto que el flujo es bajo con relación al volumen del circuito respiratorio. Además de las consideraciones anteriores, obtenemos otros beneficios utilizando los flujos bajos de circuito cerrado, como son la disminución de la toxicidad producida por la inhalación crónica de los gases anestésicos en el personal que labora en salas de cirugía. Proporciona

gases húmedos y calientes, disminuyendo la morbilidad posoperatoria de la vía aérea. Además aumenta la economía en cada acto anestésico.

A pesar de estas ventajas, la anestesia de flujos bajos sigue siendo, en la actualidad, subutilizada porque existen creencias históricas de que puede asociarse esta técnica a hipoxia, a sobre o infra dosificación de gases anestésicos, a la hipercapnia y a la acumulación en el circuito respiratorio de productos de degradación potencialmente tóxicos. Sin embargo, con el uso de máquinas de anestesia, equipos de monitoreo actuales y con nuevos agentes anestésicos de baja solubilidad, dichas creencias se han disipado. Muchos anestesiólogos que no fueron entrenados en la técnica de los flujos bajos de circuito cerrado se sienten menos cómodos y no han tenido la oportunidad de observar los beneficios de esta técnica. Respecto a los nuevos agentes halogenados (sevoflurane y desflurano) cuyas características físico-químicas permiten que sean más adecuados para el uso con flujos bajos, se ha dirigido una importante atención hacia la seguridad, especialmente sobre las implicaciones clínicas de la degradación de los anestésicos por los absorbentes del dióxido de carbono.

El desflurano (al igual que el enflurano y el isoflurano) es degradado a monóxido de carbono por la cal sodada seca y la cal de hidróxido de bario, con la consiguiente formación de carboxi hemoglobina. A pesar de ello, este hecho es relativamente infrecuente si evitamos usar cal sodada seca. El Dr. Wissing, en su trabajo experimental, demostró que los anestésicos que más monóxido de carbono producen, en orden, son: el desflurano, enflurano e isoflurano y en menor proporción el sevoflurane y halotano. Además, demostró que después de la segunda hora de anestesia, la producción de monóxido de carbono se suspende a pesar de continuar con igual flujo de gas anestésico; la concentración en el circuito respiratorio baja a cero o cerca de cero en todos los casos. Esto implica que alguna sustancia o algo que se requiere para que continúe la reacción comienzan a agotarse; por esto existe una inconsistencia entre los hallazgos de laboratorio y la experiencia clínica.

El sevoflurane se degrada por acción de la cal sodada y el hidróxido de bario, a compuesto A (un haloalqueno). Las concentraciones elevadas de este compuesto A provocan nefrotoxicidad a nivel de túbulos proximales en ratas. Hasta este momento, después de haber revisado un material bibliográfico relativamente amplio, no se ha demostrado en forma real la nefrotoxicidad en humanos, por lo cual justificamos el empleo de sevoflurane con flujos bajos, incluso en circuito cerrado. Se han tenido en cuenta cuatro factores importantes que favorecen la formación del compuesto A en el absorbedor del dióxido de carbono:

- a. Que la temperatura en el canister con la cal sodada esté por encima de los 50° C. En nuestra larga experiencia (20 años) usando circuito cerrado, la temperatura máxima que hemos observado ha sido de 45 a 47 °C después de 12 a 16 h de usar anestésicos halogenados.
- b. A mayor cantidad de sevoflurano que se vaporice, aumenta la posibilidad de la formación de compuesto A. Cuando se usa la técnica de flujos altos (de 2 a 4L/min), el paciente capta (en la primera hora) aproximadamente 20% del vapor anestésico que sale del vaporizador y 80% se pierde (al medio ambiente). Usando los flujos bajos y circuitos cerrados, vaporizamos 80% menos de sevoflurane.
- c. La cal sodada “seca” favorece la formación del compuesto A. Empleando los flujos bajos y circuito cerrado, la humedad en el canister va aumentando con el tiempo.
- d. Hay más posibilidad de formación de compuesto A en la misma proporción que aumenta el tiempo quirúrgico. Cuando decidimos usar sevoflurane con flujos bajos circuito cerrado lo hacemos en cirugías no mayores de 3 a 4 h. Si la cirugía se prolonga después de este tiempo, abrimos el circuito respiratorio cada 2 h.

En cuanto a la posible hipoxemia que se pueda presentar en el sistema cerrado o semi-cerrado, esto puede suceder si usamos óxido nitroso, si los flujómetros de la máquina de anestesia están mal calibrados, o si accidentalmente se aumenta el flujo de óxido nitroso. Estas situaciones se previenen empleando en el circuito un analizador de oxígeno confiable o utilizando únicamente el

oxígeno en la técnica anestésica. Por consiguiente, es obligatorio mantener un analizador de oxígeno cuando usamos óxido nitroso en circuito cerrado. Por otra parte, hoy en día es discutible el uso del óxido nitroso en anestesia por los numerosos efectos tóxicos de este gas. Aunque se ha empleado desde hace 150 años, no es esencial para producir en la actualidad ni analgesia ni mucho menos anestesia. Desde hace una década se han venido evidenciando riesgos clínicos y posibles efectos secundarios indeseables. En nuestra práctica diaria (Parra, 2004), desde hace 20 años hemos usado flujos bajos, prescindiendo del óxido nitroso, máxime cuando, en nuestro concepto, no “cabe” en el sistema cerrado; no es necesario utilizando agentes anestésicos con las cualidades de los halogenados y siendo fácilmente reemplazables por otros fármacos, como los opioides, con menos efectos secundarios.

Usando el oxígeno como único flujo de gas fresco, estamos seguros de administrar una concentración inspiratoria alta, la cual depende de la desnitrogenación previa, y de otros gases que se puedan acumular en el circuito cerrado a través del tiempo, como el metano, monóxido de carbono, acetona, etanol y vapor de agua.

Respecto al monóxido de carbono, el índice tóxico se define como el producto de la concentración del mismo en el suero y el tiempo que el paciente está expuesto a dicha concentración. Se ha establecido que las diversas concentraciones hasta de 900 partes por millón no presentan un índice tóxico. Middlenton y colaboradores, en el estudio de concentración de monóxido de carbono durante la anestesia en circuito cerrado, encontraron que las concentraciones más altas en este sistema fluctúan entre 300 a 600 partes por millón.

Clasificación de los flujos en anestesia (Parra, 2004)

Algunos autores clasifican los flujos bajos teniendo en cuenta el grado de reinhalación y por esto hablaremos de flujos que permiten una reinhalación completa, parcial o sin reinhalación. Otros autores utilizan el óxido nitroso a diferentes flujos. Aldrete define los flujos bajos como la administración de mezclas gaseosas, desde el límite inmediatamente inferior de la ventilación

alveolar por minuto, hasta el flujo requerido solamente para suplir el consumo básico de oxígeno y la absorción del agente anestésico. Portela-Ortiz, et al. (2015) proponen una clasificación de los flujos en anestesia usando sólo oxígeno, similar a lo reportado por Aldrete (Parra, 2004) se presenta en el la Tabla 2.

Tabla 2 Clasificación de los flujos en anestesia (Portela-Ortiz, et al., 2015)

Flujos	Rangos
Flujo metabólico	< 250 mL/min
Flujo mínimo	250 a 500 mL/min
Flujos bajos	500 a 1,000 mL/min
Flujos medios	1 a 2 L/min
Flujos altos	2 a 4 L/min
Flujos muy altos	> 4 L

Los flujos metabólicos nos permiten usar de manera satisfactoria los vaporizadores termo–baro–compensados y al no usar óxido nitroso, minimizamos la posibilidad de hipoxia. Cuando utilizamos un monitor de gases en el circuito respiratorio, éstos aspiran continuamente una muestra de gas para analizarlo, entre 150 a 200 mL/min, y por consiguiente se debe tener en cuenta esta pérdida de gas en el circuito. Si utilizamos flujos de gas fresco por encima de este valor, el gas que sale del monitor puede despreciarse. En cambio, si utilizamos flujos metabólicos, la muestra que toma el monitor es de valor significativo, por lo que deberá devolverse al circuito después de ser analizada por el monitor. Durante la administración de una anestesia en circuito cerrado, disponemos de importantes parámetros fisiológicos, cardiorrespiratorios, sin técnicas invasivas. Dichos parámetros son:

- a. Consumo de oxígeno por minuto;
- b. producción de CO₂ por minuto;
- c. ventilación alveolar y ventilación total por minuto;
- d. gasto cardiaco;

- e. consumo basal de líquidos;
- f. captación del agente anestésico.

El volumen total de ventilación en el sistema cerrado lo componen el flujo de gas de la máquina, la capacidad residual funcional de cada paciente y la capacidad del circuito. El volumen total y la entrada de gases deben permanecer constantes, y la entrada de gases frescos debe ser proporcional al volumen captado por el organismo.

Ventajas del uso de flujos bajos y circuito cerrado (Parra, 2004; Portela-Ortiz, et al., 2015)

Además de ser una técnica segura para el paciente, proporcionándole al anestesiólogo nuevos parámetros para el control clínico de la anestesia, se deben tener en cuenta las siguientes ventajas:

- a. **Conservación del calor y la humedad:** Los gases anestésicos comprimidos son fríos y secos; utilizar flujos bajos ayuda a conservar la humedad y la temperatura.
- b. **Disminución de la contaminación ambiental:** Disminuye la contaminación anestésica en las salas de cirugía; es evidente, como lo han demostrado estudios serios, que la inhalación crónica de gases anestésicos produce en el personal que labora en las salas de cirugía efectos tóxicos (carcinogénicos, teratogénico, daño celular, etc.).

Actualmente, los anestésicos volátiles en uso son compuestos halogenados con el potencial de destruir la capa de ozono; el efecto de un anestésico volátil en la depleción de la capa de ozono depende de su peso molecular, el número y tipo de átomos halogenados y su vida atmosférica (el tiempo en remover 63% del gas emitido). La evidencia actual es insuficiente para determinar si la contribución del anestésico es significativo en el cambio de clima global; sin embargo, el reducir el flujo de gas fresco tiene un potencial efecto benéfico en la calidad de aire en el área de trabajo.

- c. **Aspectos económicos:** Se ha demostrado que utilizar flujos bajos ayuda a disminuir los gastos en la anestesia. También que el consumo de sevoflurano se ve aumentado más del doble cada vez que se aumenta al doble el flujo bajo. Asimismo se ha demostrado que se puede aumentar el número de horas de anestesia por botella de sevoflurano hasta en un 73.7%

(17.4 horas por botella). El uso de anestésicos volátiles puede ser reducido hasta en un 80 al 90% si se generaliza el uso de circuitos cerrados y si se usan rutinariamente los flujos bajos.

Debido a que se utilizan flujos de gas fresco bajos, se incrementa la cantidad de reinhalación, lo que aumenta a su vez la cantidad de absorbentes de dióxido de carbono, el cual también tiene un impacto ambiental; sin embargo, es improbable que supere el impacto de los anestésicos inhalados. La reducción de costos que ofrece el uso del circuito cerrado debe ser considerada para:

- Lograr que los colegas anesthesiólogos evalúen la importancia de la farmacocinética de los agentes anestésicos empleando flujos bajos en circuito cerrado.
- Cambiar el concepto de porcentajes en la administración de los anestésicos por “cantidad” de vapor anestésico que se entrega minuto a minuto al circuito respiratorio.
- Proporcionar seguridad y confianza en las técnicas anestésicas, ya sea con dosis administradas al circuito respiratorio o en las técnicas de flujos bajos y circuitos cerrados con vaporizadores termocompensados.

Aspectos teóricos y bases fisiológicas

Para el manejo de un flujo fresco de gas se requiere, entre otros factores, de una comprensión de los sistemas de circuito, el consumo de oxígeno, la absorción y distribución de los anestésicos (Parra, 2004):

- **Consumo de oxígeno.** El consumo de oxígeno del gas inspirado se relaciona con los requerimientos fisiológicos, los cuales son dependientes del tamaño del cuerpo y las necesidades metabólicas. Puede ser estimado por la fórmula:

$$VO_2 = FiO_2 - F_{exp} O_2 (\%) \times MV (L) \times 10.$$

Donde, FiO_2 es la fracción inspirada de oxígeno, $F_{exp} O_2$ la fracción expirada de oxígeno y MV es la ventilación por minuto.

Si consideramos que el consumo de oxígeno durante la anestesia en circunstancias fisiológicas normales es de 2 a 3 mL/kg/min, el flujo de gas puede ser disminuido con seguridad hasta 250 a 500 mL en adultos con peso menor a 100 kg.

Se utiliza el valor de 5 mL/kg/min como un aproximado, ya que esta regla sobrestimaré el consumo de oxígeno y permitirá crear un margen de seguridad al momento de satisfacer las necesidades.

- **Sistemas de circuitos.**

- ✓ **Circuito abierto:** ocurre cuando el flujo de gas fresco es lo suficientemente alto para que no haya reinhalación; la concentración del gas inspirado será equivalente a las concentraciones en el flujo fresco de gas.
- ✓ **Circuito cerrado:** únicamente el suficiente gas fresco es suministrado para reemplazar el que consume el paciente. Todo el gas inhalado es reinhalado y ninguno de los gases ingresa al sistema de desecho. Las concentraciones de gases en el circuito cambian muy lentamente a no ser que se utilicen el rango amplio de valores que tiene el vaporizador. Por ejemplo en el de desflurano, valores de 0-18%.
- ✓ **Absorción y distribución de los anestésicos inhalados.** Seis factores principales influyen en la absorción y distribución de los anestésicos inhalados: la presión parcial del gradiente del anestésico a través de la membrana alveolar, la ventilación alveolar, el coeficiente de solubilidad sangre-gas del anestésico inhalado, el gasto cardíaco, la absorción de los anestésicos inhalados en los diferentes compartimentos del cuerpo y la solubilidad de los fármacos en el sistema nervioso central.

Son requerimientos básicos al utilizar flujos bajos: el equipo de monitoreo que mide las concentraciones de gas inspirado y espirado, la medición continua de la saturación de oxígeno, la medición de la ventilación por medición del dióxido de carbono al final de la espiración, así como un absorbente de CO₂.

Aspectos farmacológicos de los anestésicos inhalados (Parra, 2004)

El conocimiento de las características farmacocinéticas de los anestésicos en el contexto de los flujos bajos es esencial para su aplicación clínica segura y efectiva (Tabla 2). Es necesario el conocimiento de la cinética de la administración de los fármacos, la concentración del gas como la fracción de concentración del gas (F_d), la concentración inspirada del anestésico (F_{iAA}), la concentración alveolar determinada por la concentración del anestésico al final de la espiración (E_{tAA}) así como su absorción y su distribución.

Tabla 3 Variables de importancia en la farmacocinética de los flujos bajos.

Concentración del dial, concentración en el vaporizador	F_d
Concentración del agente anestésico inspirado	F_{iAA}
Concentración del agente anestésico al final de la espiración	E_{tAA}
Concentración alveolar del agente anestésico	FA
Concentración del agente anestésico en el sitio de efecto	C_e

Manejo de los flujos durante la inducción

Durante el proceso de inducción, el volumen interno de la máquina de anestesia, el circuito y la capacidad funcional del paciente deben ser llenados con las concentraciones deseadas del anestésico. Según el circuito utilizado, el volumen interno total típicamente excede los 5 L. Así, durante la inducción podemos escoger entre dos manejos:

- ✓ En el primer manejo, el flujo de gas debe exceder la ventilación minuto para eliminar la reinhalación, ya que ésta reduciría la concentración inspirada y por tanto haría más lento el proceso de inducción. Sin embargo, no hay beneficio al aumentar el flujo fresco más allá de la cantidad necesaria para eliminar la reinhalación.
- ✓ En el segundo manejo, se podría aumentar la concentración en el vaporizador (18 vol.% para el desflurano y 8 vol.% para el sevoflurano) y

utilizar flujos bajos (eje: 0.7 L/min) con una mezcla, que incluya o no al óxido nitroso, para la conducción de los mismos.

Lo anterior lleva a la práctica común de cerrar el vaporizador cuando la mascarilla facial se retira para proceder a la intubación del paciente, provocando así que los gases anestésicos que se han acumulado en el circuito anestésico sean empujados al ambiente contaminándolo al iniciar el flujo fresco. Para reducir esto se recomienda cerrar el flujo fresco de gas durante la intubación y dejar el vaporizador abierto, ya que ante la ausencia de flujo fresco ninguno de los anestésicos son lavados hacia el ambiente y los gases que se encuentran en el circuito son preservados. Existe el concepto de «sobrepresión» que indica un aumento súbito en el dial del vaporizador hasta llegar al CAM deseado logrando así concentraciones inspiradas y expiradas equilibradas.

Si consideramos que la absorción del anestésico por parte de los pulmones continúa, cuando se reduce el flujo aumenta la posibilidad de reinhalación y de que la concentración del gas disminuya, por lo cual es muy importante observar el analizador de gases anestésicos en línea y asociarlos con los datos clínicos de profundidad anestésica mostrados por el paciente. Si el valor anestésico exhalado es más bajo que el necesario para mantener la concentración anestésica deseada, un incremento en el flujo fresco de gas y/o un aumento en la concentración del vaporizador restaurará la concentración deseada del anestésico.

El nitrógeno constituye una parte importante del aire ambiente y de las vías aéreas y por lo tanto debe de ser considerado en la anestesia con flujos bajos. Un adulto de 70 kg tiene aproximadamente 2.7 L de gas nitrogenado (1.6 L en la capacidad residual funcional y 1.1 L disueltos en los compartimentos de agua y grasa en el cuerpo). Después de la desnitrógenización < 1 L permanece en el cuerpo y es lentamente exhalado, por lo tanto podemos encontrar una concentración de nitrógeno de hasta 18% en un circuito cerrado.

El nitrógeno, el metano y la acetona se acumulan en cantidades pequeñas durante el procedimiento anestésico; sin embargo, mientras se mantengan las concentraciones de oxígeno de manera adecuada, éstas no deben de ser de importancia. Al momento de utilizar flujos bajos, es importante tomar en cuenta las fugas en el circuito. Si se está utilizando un analizador de gas para tomar muestras de gas del circuito, el volumen removido (aproximadamente 200 mL) debe de ser reemplazado por flujo fresco de gas.

Manejo de los flujos durante el mantenimiento

La fase del mantenimiento de la anestesia es el mejor momento para reducir los flujos frescos de gas debido a que comúnmente es la fase más larga del procedimiento y a que la concentración del gas anestésico es relativamente estable. Durante ésta, se debe buscar mantener una concentración del agente anestésico al final de la espiración a un CAM de 0.8 o más para evitar el despertar transoperatorio (Tabla 3).

A diferencia de la anestesia con los flujos altos, los cambios en la concentración del gas anestésico en los flujos bajos no se pueden lograr con un ligero cambio en el dial, por lo que para ajustar la concentración en el sitio efecto se requiere principalmente de tiempo.

Sin embargo, pudiese ser necesario el uso de un pequeño bolo inhalado, mismo que se recomienda que se administre mediante un incremento en el flujo y un incremento en el vaporizador de 2 a 3 CAM, bajo observación de la Fiaa y Etaa. Un bolo inhalado se administra al poner el vaporizador a 3 CAM y al incrementar el flujo de gas fresco a 4 L/min por 30 segundos. Posteriormente regresar el gas fresco a flujos bajos pero manteniendo el vaporizador a 25% más que el previamente establecido.

El objetivo se traduciría en incrementar la Etaa a intervalos de 0.3 CAM.

Manejo de los flujos durante la emersión

Durante la emersión el objetivo principal consiste en remover los gases anestésicos inhalados del paciente; los sistemas actuales hacen imposible

evitar la contaminación ambiental; sin embargo, la forma en que se manejan los flujos puede reducir el impacto ambiental.

Es difícil mostrar una técnica específica de cómo manejar los flujos de gas fresco. Sin embargo, habrá menos contaminación si uno puede manejar la emersión al mantener los flujos bajos hasta que el vaporizador se cierre totalmente.

Es importante recordar durante la emersión que en un circuito cerrado el tiempo constante para la eliminación del gas a 0.2 L/min es cerca de 30 minutos, por lo que el vaporizador puede ser cerrado de 15 a 20 minutos antes del final de la cirugía, manteniendo así concentraciones alveolares adecuadas.

Uso de desflurano con flujos bajos

El desflurano presenta la solubilidad gas/sangre más baja (0.42), lo cual permite que la concentración alveolar del anestésico permanezca lo más cercano a la concentración inspirada, permitiendo así un cambio rápido y grande, con un control preciso, en la profundidad anestésica y en la emersión temprana.

El tiempo de equilibrio Ke_0 refleja el coeficiente de partición sangre-gas y sangre-cerebro, el cual depende de la solubilidad; un alto Ke_0 indica un equilibrio más rápido del vaporizador al C_{eff} . El desflurano presenta valores más altos de ke_0 que del sevoflurano o isoflurano. Esto significa que un incremento o decremento en el η_{ta} usando desflurano resulta en cambios más rápidos en la profundidad de la anestesia.

El riesgo elevado de producir elevaciones de monóxido de carbono con el uso de desflurano se debe a una deshidratación del absorbente o a la presencia de absorbentes con niveles altos de álcalis fuertes. Actualmente la mayoría de los absorbentes modernos carecen de esta formulación.

En la población obesa se ha demostrado una emersión más rápida y predecible con un lavado más rápido en comparación con sevoflurano.

Tabla 4: Ajustando la concentración en el sitio-efecto en la profundidad anestésica.

<ul style="list-style-type: none">• Bolos o “sobrepresión”: ráfagas de incremento del flujo de gas fresco y concentración del dial de 2 a 3 CAM (ejemplo 30 segundos)
<ul style="list-style-type: none">• Incrementar F_{iAa}
<ul style="list-style-type: none">• Incrementar la velocidad en el E_{taa}
<ul style="list-style-type: none">• Incrementar la velocidad para elevar la concentración del sitio-efecto C_e
<ul style="list-style-type: none">• Incrementar la profundidad anestésica

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: El diseño fue un ensayo clínico aleatorio, ciego simple que incorpora una evaluación económica o *piggy-back clinical trials* (Rubio-Terrés, et al, 2004; Salandrigas, et al., 2004).

Área de estudio: departamento de Anestesiología del Hospital Alemán Nicaragüense, Managua.

Población: Todos los (las) pacientes sometidos a cirugía convencional electiva bajo anestesia general inhalatoria durante enero a febrero de 2017.

Tamaño de la muestra y muestreo:

Se usó el software Epilnfo (Statcalc), basado en un nivel de significancia de 95%; un poder de 70%; una eficacia del I grupo de intervención y de control de 80% y 50%, respectivamente, y una relación de 1:1. En total se estudiaron 15 pacientes en cada grupo. El método de muestreo aleatorio fue, a través del método de lotería.

Los pacientes se dividieron en 2 grupos:

- **Grupo de intervención (n =15):** pacientes sometidos a anestesia con flujos bajos utilizando sevoflurano.
- **Grupo control (n =15):** pacientes sometidos a anestesia con flujos medios utilizando sevoflurano.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes sometidos a cirugía convencional electiva.
2. Pacientes entre 10-80 años de edad y de ambos sexos.
3. Pacientes con IMC menor de 30.0.
4. Aceptar participar al estudio, previo consentimiento informado escrito.
5. ASA I - II.
6. Duración de la cirugía menor a 4 horas.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes que no cumplan con los anteriores criterios de inclusión.
2. Pacientes con dificultad para comunicarse por cualquier causa.
3. Rechazo a participar en el estudio.

Técnica y Procedimientos:

A cada paciente que cumplió con los criterios de inclusión, se le explicaron los objetivos del estudio, el margen de seguridad de los protocolos terapéuticos a utilizar, sus ventajas y desventajas. Se aclaró la voluntariedad de la participación y la utilización que se dará a los resultados. Posteriormente, se le solicitó su consentimiento informado firmado. La selección de los pacientes para grupo fue aleatoria por el método de lotería.

El paciente no tuvo conocimiento del tipo de flujo a que se sometió (bajo o medio), solamente el autor lo sabía, dado el diseño del estudio.

Se dividieron los pacientes en dos grupos un grupo de flujos bajos los cuales sería un flujo de 1 litro por minuto y otro grupo de flujos medios los cuales sería un flujo de 3 litros por minutos.

En ambos grupos se monitorizó hemo-dinamicamente y pre-oxígeno posterior se realizó premedicación con iguales fármacos ranitidina 1mg x kg, metoclopramida 0.1mg x kg al menos se contraindicara en algún paciente en específico posterior se realizó inducción con fentanil 5mcg/kg, pancuroneo 0.08mg x kg, y propofol 2,5mg x kg, se realiza intubación en todas ellas sin complicaciones; Luego se configura máquina de anestesia según el tipo de flujo (grupo bajo a 1 ltrs) (grupo medio a 3 ltrs), se inicia sevoflurano a 2% en ambos grupos y se monitoriza P/A, FC, SO₂, PCO₂, CAM, PAM; durante el trans-quirúrgico ya al término aproximarse término quirúrgico se toma gasometría y se manda a procesar; Se decide sacar de plano anestésico a paciente y se cierra sevoflurano y se espera inicio de tono ventilatorio para revertir neurorelajación con neostigmina a 0.04mg x kg + atropina a 0.02 x kg, se da tiempo de acción y al tener criterios de extubación según anestesia se extuba a paciente.

Ya con los resultados gasométricos se analiza cada uno de los grupos y se saca consumo de sevoflurane con la formula aprobada por la S.C.A.R.E del 2015(sevoflurane consumido = horas de sevoflurane x (% del vaporizador x litros de gases frescos administrados) x constante 3.33); el resultado se multiplica por 0.88 que es el aproximado del costo de un mililitro de sevoflurane en el mercado.

La fuente de información fue primaria y secundaria, a través del expediente clínico. Se elaboró una ficha para recolección de datos, la cual contenía las variables en estudio y los parámetros o indicadores bajo los que se compararon ambos grupos en el ensayo clínico. El tipo de vaporizador de la anestesia fue un Tec 7.

Análisis

Los datos serán introducidos, procesados y analizados en el software usado fue SPSS versión 22.0. El Grupo 1 será comparado con el Grupo 2 en relación a las variables generales y los parámetros o indicadores de costo-eficacia. Para determinar los costos se usó la metodología de costeo por manejo de caso promedio, tomando como referencia la División del Costos Hospitalario del agente inhalatorio. La fórmula utilizada para estimar el consumo de sevoflurano fue la siguiente (Bocanegra y Botero):

- Consumo de sevoflurano (ml) = horas de sevoflurano x (% del vaporizador x litros de gas fresco administrado) x constante (3.33).
- Costo de sevoflurano: 0.88 dólares por cada ml. (Estimados del hospital bajo estudio).

Para establecer las diferencias significativas se usarán pruebas paramétricas como t de Student y no paramétricas como chi cuadrado (ajustado y no ajustado) y la prueba exacta de Fisher.

Variable Dependiente:

1. Eficacia (reflejada en los cambios principalmente de pCO₂ y CAM) y
2. Costos (basado en el volumen del consumo de los agentes inhalatorios).

Variables Independientes:

1. Edad.
2. Sexo.
3. ASA.
4. Antecedentes patológicos
5. Alteraciones gasométricas
6. Alteraciones hemodinámicas
7. CAM
8. Tipo de flujo.

Aspectos éticos

Se contó con la autorización de la dirección del hospital bajo estudio y con el consentimiento informado escrito de los/las pacientes, así como de la aprobación del comité de ética de la Universidad. Se garantizó el anonimato de los pacientes y la confidencialidad de la información. El único identificador fue el número de los expedientes clínicos para corregir errores o para valorar la veracidad de la información o calidad de la información. La información obtenida tuvo como propósito contribuir a mejorar la calidad de servicio de anestesiología brindado a los pacientes sometidos a cirugía.

Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Valor/Escala
Edad	Tiempo transcurrido en años cumplidos, desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	≤19 20-44 45-64 ≥65
Sexo	Características fenotípicas que diferencian al macho de la hembra.	Masculino Femenino
Antecedentes patológicos	Comorbilidad crónica que presenta el paciente.	Si No
Estado físico del paciente	Se clasificó según la American Society Anesthesiologists (ASA): I, sano; II, con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante.	I II
Grupo	Clasificación de pacientes según el tipo de flujo anestésico utilizado. El grupo experimental fue el de flujo bajo y el control el de flujo alto.	Experimental Control
Cirugía	Tipo de procedimiento quirúrgico realizado a los pacientes.	Se especificará
Duración de la anestesia	Número de minutos que tuvo el paciente bajo anestesia.	Se especificará

Variable	Concepto	Valor/Escala
Nivel de pH:	Alcalosis en gasometría son niveles de pH por arriba de 7.45; y acidosis en gasometría son niveles de pH por abajo de 7.35. Valores normales 7.35-7.45.	Alcalosis Normal Acidosis
Nivel de bicarbonato (HCO ₃):	Hipernatremia en gasometría son niveles de bicarbonato HCO ₃ por arriba de 24; hiponatremia en gasometría son niveles de bicarbonato HCO ₃ por abajo de 18. Valores normales entre 18-24.	Hiponatremia Normal Hipernatremia
Nivel de PCO ₂ :	Hipercapnia en gasometría son niveles de pco2 por arriba de 45; hipocapnia en gasometría son niveles de pco2 por debajo de 35. Valores normales 35-45.	Hipocapnia Normal Hipercapnia
Nivel de lactato:	El lactato en gasometría nos demuestra la perfusión tisular la cual cuando se encuentra por arriba de 2.5 nos demuestra una disminución de la perfusión tisular.	≤2.5 >2.5

Variable	Concepto	Valor/Escala
Concentración alveolar mínima (CAM)	Concentración alveolar mínima anestésica de 1 atmósfera que se requiere para abolir el movimiento en el 50% de los pacientes o en animales en respuesta ante la incisión quirúrgica.	Se especificará
Consumo de anestésico	Medición del consumo de anestésicos en mililitros.	Se especificará.
Costo del anestésico	Costo total en dólares del volumen anestésico consumido tomando como referencia las estadísticas de consumo hospitalarias.	Se especificará.
Eficacia de la intervención	Estuvo basada en los cambios principalmente de pCO ₂ y CAM.	Si No

IX. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se estudiaron a 30 pacientes, distribuidos 15 para el grupo de flujo bajo y 15 para el flujo medio. La mayoría de pacientes sometidos a cirugía tenían entre 20-44 años (50%), sexo femenino (63.3%), sin antecedentes patológicos personales (76.7%), sin medicación habitual (80%) y ASA I (63.3%). Este patrón fue similar entre ambos grupos de estudio y las diferencias no fueron estadísticamente significativas (valor $P > 0.05$) (Tabla 1).

Las principales cirugías realizadas fueron colecistectomías (7), apendicetomías (6), hernioplastias (5), laparotomía abdominal exploratoria (4) e histerectomía (2). En la Fig. 1 se presenta la distribución en cada grupo de flujo, observándose que la colecistectomía y hernioplastias fue más frecuente en pacientes con flujo medio, mientras que la frecuencia de apendicetomía fue mayor en pacientes con flujo bajo.

En la Tabla 2 se presentan los principales indicadores gasométricos según el tipo de flujos usado. La presencia de acidosis fue mayor en el grupo de flujo medio (40% vs. 26.7%). En ambos grupos no se observó hiponatremia, pero la hipernatremia fue mayor para el grupo de flujo medio (20% vs. 6.7%). Similarmente, la presencia de hipocapnia (<35) fue mayor en el grupo de flujo medio (46.7% vs. 33.3%) y en ninguno de los grupos se observó hipercapnia. No se observó disminución de perfusión tisular basados en el nivel de lactato (>2.5). Las diferencias gasométricas observadas en ambos grupos no fueron estadísticamente significativas (valor $P > 0.05$).

En la Tabla 3 se observa que las diferencias observadas entre ambos grupos en términos de CAM del anestésico no fueron estadísticamente significativas (Tabla 3). Tampoco fueron observadas alteraciones de presión arterial y frecuencia cardíaca.

Al analizar las variables numéricas tenemos que la media de edad en el grupo de flujo bajo y medio fue de 47.8 ± 13.6 años y 35.0 ± 19.1 años, respectivamente, dichas diferencias fueron estadísticamente significativas (valor $P=0.044$). La media de la duración de la cirugía en el grupo de flujo bajo fue de 90.2 ± 50.9 minutos; y la media en la duración de la anestesia fue de 93.8 ± 42.9 minutos y 98.5 ± 57.0 minutos, respectivamente. Tanto en la duración de la cirugía como en la de anestesia no se observaron diferencias significativas. Por otro lado, la media del volumen de consumo de anestésicos y su costo fue tres veces superior en el grupo de flujo medio. Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas (valor $P=0.001$) (Tabla 4).

X. DISCUSION

En este estudio se incluyeron 30 pacientes quirúrgicos distribuidos en 2 grupos de 15 pacientes cada uno. En el grupo de intervención se usó anestesia inhalatoria con flujos bajos y en el grupo control se usó anestesia inhalatoria con flujos medios. En ambos grupos se administró sevoflurano debido a que es el anestésico inhalatorio más utilizados en el Hospital Alemán Nicaragüense y también porque es una forma de estandarizar la comparación entre los tipos de flujo y tener un panorama real y adecuado del problema.

Las principales cirugías realizadas en ambos grupos como colecistectomías, apendicetomías y hernioplastias revelan que las colecistopatías, apendicitis aguda y hernias fueron los principales diagnósticos. Esto se asocia con la similitud en la duración de los procedimientos quirúrgicos y de la anestesia.

Debido a que el objetivo del estudio incluye la eficacia y los costos asociados al tipo de técnicas de flujos bajos y medios. En el primer aspecto se quiere demostrar la seguridad y ausencia de riesgos y en el segundo el ahorro que representara para el hospital bajo estudio la aplicación de estas técnicas. Los parámetros para garantizar la calidad y seguridad de la anestesia fueron la presencia de hipercapnia intraoperatoria y la concentración alveolar mínima (CAM) durante toda la cirugía.

La literatura refiere que administrar anestesia inhalatoria con flujos bajos es una técnica poco utilizada a nivel mundial (Cotter, et al., 1991) debido a la errada percepción de que administrar menos de 1 litro de oxígeno puede dañar al paciente favoreciendo la hipercapnia, la cual suele acompañarse de hipoxemia, afectando principalmente al cerebro, complicación temida para un anestesiólogo en neurocirugía. Varios estudios (Baum, 1999; Cotter, et al., 1991) demostraron que el volumen de oxígeno necesario para una persona es 250 ml, por lo que es seguro administrar 1 litro por minuto de oxígeno, que es el utilizado en flujos bajos. Los resultados de nuestro estudio son consistentes con esos hallazgos debido a que los valores encontrados de PCO_2 no

superaron el umbral de 45 mm Hg, comprobándose así, que el usar flujos bajos no conlleva a una hipercapnia, siendo por lo tanto seguro para el paciente.

El análisis de la concentración alveolar mínima (CAM) es un parámetro importante a ser monitorizado, pues varios estudios han demostrado que el sevoflurano, por su baja solubilidad y su coeficiente sangre gas, puede ser usado con seguridad a flujos bajos hasta concentraciones de 1,5 CAM (Gupta, et al., 1997; Bdforth et al, 2000). De igual modo, el isoflurano a una CAM de 1,2 no modifica el flujo sanguíneo cerebral ni la presión intracraneal, lo que podría alterar el desarrollo de la anestesia, por lo que es posible mantener la autorregulación cerebral si no se supera dicho valor de CAM (Ebert, 2000). Similar a lo encontrado en este estudio en donde los valores máximos de CAM en ambos grupos no superaron 1.0

Curatolo (1996), administrando isoflurano a flujos bajos, encontró un significativo ahorro en el consumo de anestésico, sin alteraciones hemodinámicas en el paciente. Similarmente, en este estudio con sevoflurano, tampoco se encontraron alteraciones hemodinámicas en ambos grupos de pacientes.

La reducción de los costos anestésicos asociados al uso de flujos bajos es consistente con lo reportado por la literatura internacional. Con los resultados de este estudio hay suficiente evidencia para que el personal de anestesiología y la dirección del Hospital Alemán Nicaragüense consideren la promoción de los flujos bajos en anestesiología no solamente para reducir los costos y el mal uso de los recursos en salud sino también mejorar la calidad de atención a los usuarios del servicio de anestesiología, cumpliendo así con las políticas del MINSA y del Gobierno.

XI. CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes en ambos grupos eran adultos jóvenes, del sexo femenino, sin antecedentes patológicos personales y ASA I.

Las principales cirugías realizadas fueron colecistectomías, apendicetomías, hernioplastias, laparotomía abdominal exploratoria e hysterectomía.

Las principales alteraciones gasométricas fueron observadas en los pacientes del grupo de flujos medios, en términos de acidosis, hipernatremia e hipocapnia. No se observó disminución de la perfusión tisular, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En ninguno de los grupos se observaron alteraciones hemodinámicas patológicas.

En ambos grupos no se observaron diferencias significativas en la duración de la anestesia.

El uso de flujos bajos reduce el consumo y costo anestésico a un tercio de forma significativa.

En base a los resultados de este estudio se comprueba la hipótesis de investigación, no obstante los resultados deben considerarse con precaución debido el pequeño tamaño de la muestra.

XII. RECOMENDACIONES

Declarar que la anestesia con flujos bajos es una técnica segura al igual que el resto de anestesia de diferentes flujos utilizadas en el Hospital Alemán Nicaragüense.

Difundir los beneficios del uso de la técnica de flujos bajos entre los profesionales de anestesiología del Hospital Alemán Nicaragüense y de los otros hospitales del país.

Promover la adquisición de unidades de anestesia que permitan el uso de flujos bajos, así como la capacitación del personal de anestesia para potenciar los beneficios para los pacientes y de la institución.

Difundir y promover el uso de esta técnica dado a su menor costo que garantizara una mejoría económica en la atención de nuestros hospitales.

Desarrollar nuevos estudios con un mayor tamaño de la muestra y promover estudios similares en otras unidades hospitalarias.

XIII. BIBLIOGRAFIA

Baker AB. Low flow and closed circuits. *Anaesth Intensive Care*. 1994;22:341-342.

Baum JA. Low Flow Anaesthesia with Dräger CAMhines. Germany: Dräger Medical AG & Co. KGaA. Disponible en:

<https://www.draeger.com/Products/Content/m-644-low%20low-anaesthesia.pdf>

Baxter AD. Low and minimal flow inhalation anesthesia. *Can J Anaesth*. 1997;44:643-652.

Bedforth Nigel M et al. Cerebral hemodynamic response to her introduction of Desflurane: A comparison with sevoflurane. *Anesth Analg* 2000; 91:152-155.

Bocanegra JC, Botero Posada LF. Anestesia balanceada. Aprobado por la S.C.A.R.E.

Brattwall M, Warrén-Stomberg M, Hesselvik F, Jacobson J. Brief review: theory and practice of minimal fresh gas flow anesthesia. *Can J Anaesth*. 2012;59:785-797.

Body SC, Fanikos J, DePeiro D, Philip JH, Segal BS. Individualized feedback of volatile agent use reduces fresh gas flow rate, but fails to favorably affect agent choice. *Anesthesiology* 1999; 90: 1171–5.

Cotter SM, Petros AJ, Dore CJ, Barber ND, White DC. Low-flow anaesthesia. Practice, cost implications and acceptability. *Anaesthesia* 1991; 46: 1009–12.

Curatolo M, Derighetti M et al. Administration of isoflurane-low flow. *Br J Anaesth*. 1996, 76:245-250,

Doolke A, et al. The effects of lowering fresh gas flow during sevoflurano anaesthesia: a clinical study in patients having elective knee arthroscopy. *Ambulatory Surgery* 2001; (9): 95–98.

Eger EI. Economic analysis and pharmaceutical policy: a consideration of the economics of the use of desflurane. *Anaesthesia* 1995; 50 (Suppl): 45–8.

Ebert TJ. Renal Responses to low flow desflurane, sevoflurane and propofol in patients. *Anesthesiology* 2000; 93:1401-1406.

Gupta S, Heath K, Matta B. Effect of incremental doses of sevoflurane cerebral pressure autoregulation in humans. *Br J Anaesth.* 1997;79:469-472.

Lackwood G. Measuring the cost of inhaled anaesthetics. *British J of Anaesth.* 2001; 87:4:559-563.

Mapleson WW. The theoretical ideal fresh-gas flow sequence at the start of low-flow anaesthesia. *Anaesthesia* 1998; 53: 264–72.

Mehmet A, et al. Effects of Flow Rate on Hemodynamic Parameters and Agent Consumption in Low-Flow Desflurane Anesthesia: An Open-Label, Prospective Study in 90 Patients. *CurrRes Ther Clin Exp.* 2005;66:4-12.

Mychaskiw G. Low and minimal flow anesthesia. Angels dancing on the point of a needle. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2012;28:423-425.

Nunn G. Low-flow anaesthesia. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain* 2008; 8 (1): 1-4. Disponible en:

https://oup.silverchair-dn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/ceaccp/8/1/10.1093

Ortiz-Gómez JR, et al. Fundamentos de farmacología y su aplicación en anestesia clínica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2011;58:295-303. Disponible en: <https://www.sedar.es/media/2015/09/Fundamentos-de-farmacologia.pdf>

Parra C. Flujos bajos y circuito cerrado. Capítulo 27. En: Aldrete JA, Guevara U, Capmoureres EM. Texto de Anestesiología-Teórico-Práctica. Segunda edición. México D.F.: El Manual Moderno. 2004. Disponible en:

<https://es.scribd.com/doc/226518869/Texto-de-Anestesiologia-Teorico-Practica>

Portela-Ortiz JM, Hernández-Cortés C, Delgadillo-Arauz C. Flujos bajos en anestesia. Revista Mexicana de Anestesiología 2015; 38 (Supl. 1): S352-S355.

Ruiz J. Estudio de ventilación unipulmonar con bajos flujos. Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza. Tesis (Doctor en Medicina). 2005.

Rubio-Terrés C, et al. Métodos utilizados para realizar evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias. Med Clin (Barc) 2004;122(15):578-83

Ryu HG, Lee JH, Lee KK, et al. The effect of low fresh gas flow rate on sevoflurane consumption. Korean J Anesthesiol. 2011;60:75-77.

Saladrigas MV, Sacristán del Castillo JA. Fichas de MedTrad (n.º 13): eficacia, efectividad y eficiencia en la investigación de fármacos. Panace@. 2004; 5 (17): 188-190.

Weiskopf RB, Eger EI. Comparing the costs of inhaled anesthetics. Anesthesiology 1993; 79: 1413–8.

Anestesia Balanceada, 2015. Dr. Juan Bocanegra Rivera – Dr. Luis Fernando Botero Posada, SCARE.

XIV. ANEXOS

Tabla 1 Características generales de pacientes sometidos a anestesia general electiva según tipo flujo anestésico, Hospital Alemán Nicaragüense, 2017.

Características generales	Flujo bajo (n=15)		Flujo medio (n=15)		Total (n=30)		Valor P
	No.	%	No.	%	No.	%	
Edad (años):							
≤19	0	0	3	20.0	3	10.0	0.103
20-44	7	46.7	8	53.3	15	50.0	
45-64	7	46.7	2	13.3	9	30.0	
≥65	1	6.7	2	13.3	3	10.0	
Sexo:							
Masculino	4	26.7	7	47.0	11	26.7	0.450
Femenino	11	73.3	8	53.0	19	63.3	
Antecedentes patológicos:							
Si	4	26.7	3	20.0	7	23.3	1.000
No	11	73.3	12	80.0	23	76.7	
Medicamento habitual:							
Si	2	13.3	4	26.7	6	20.0	0.651
No	13	86.7	11	73.3	24	80.0	
ASA:							
I	8	53.3	11	73.3	19	63.3	0.450
II	7	46.7	4	26.7	11	36.7	

Tabla 2 Comparación de los parámetros gasométricos según tipo flujo anestésico, Hospital Alemán Nicaragüense, 2017.

Gasometrías	Flujo bajo (n=15)	Flujo medio (n=15)	Valor P
Nivel de Ph:			
Ph < 7.35 (Acidosis)	26.7	40.0	0.484
Ph 7.35-7.45 (Normal)	66.7	60.0	
Ph > 7.45 (Alcalosis)	0.0	0.0	
Sin dato	6.7	0.0	
Nivel de bicarbonato (HCO₃):			
<18 (Hiponatremia)	86.7	80.0	0.361
18-24 (Normal)	6.7	20.0	
≥ 24 (Hipernatremia)	6.7	0.0	
Sin dato			
Nivel de PCO₂:			
<35 (Hipocapnia)	33.3	46.7	0.499
35-45 (Normal)	60.0	53.3	
>45 (Hiperapnia)	0.0	0.0	
Sin dato	6.7	0.0	
Nivel de lactato:			
≤2.5	93.3	100.0	1.000
>2.5	0.0	0.0	
Sin dato	6.7	0.0	

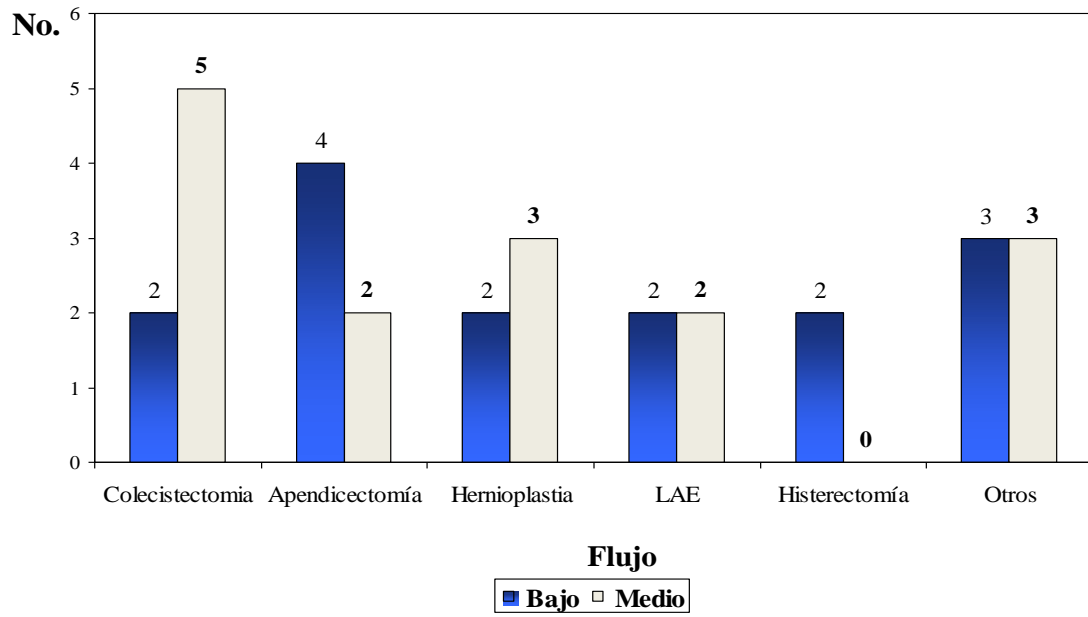
Tabla 3 Comparación de la CAM del anestésico inhalatorio según tipo flujo anestésico, Hospital Alemán Nicaragüense, 2017.

Variables	Flujo bajo (n=15)	Flujo medio (n=15)	Valor P
CAM:			
Media ± Desviación estándar	0.87 ± 0.12	0.82 ± 0.12	0.330
Mediana (Valores extremos)	0.90 (0.70, 1.0)	0.80 (0.70, 1.0)	

Tabla 4 Características descriptivas numéricas de pacientes sometidos a anestesia general Electiva según tipo flujo anestésico, Hospital Alemán Nicaragüense, 2017.

Características generales	Flujo bajo (n=15)	Flujo medio (n=15)	Valor P
Duración de la anestesia			
(minutos):	93.8 ± 42.9	98.5 ± 57.0	0.802
Media ± Desviación estándar	82.0 (32, 180)	80 (45, 241)	
Mediana (Valores extremos)			
Consumo de anestésicos (ml.):			
Media ± Desviación estándar	4.99 ± 2.82	13.25 ± 8.44	0.001
Mediana (Valores extremos)	4.32 (0.99- 9.99)	11.5 (5.79, 39.66)	
Costo de anestésicos			
(dólares):	4.4 ± 2.48	11.67 ± 7.43	0.001
Media ± Desviación estándar	3.8 (0.97,	10.19 (5.09,	
Mediana (Valores extremos)	9.79)	35.16)	

Fig. 1 Principales cirugías realizadas según tipo de flujo.
Hospital Alemán Nicaragüense. 2017,



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Eficacia y costos de la anestesia inhalatoria a flujos bajos en pacientes sometidos a cirugía en el Hospital Alemán Nicaragüense, durante enero-febrero del 2017.

I. Datos generales:

1. Ficha No.: _____
2. Número de expediente: _____
3. Edad: _____
4. Sexo: a) Masculino b) Femenino

II. Datos Clínicos:

5. Antecedentes patológicos personales:
 - a. Diabetes mellitus
 - b. Hipertension arterial
 - c. Asma bronquial
 - d. EPOC
 - e. Neumonía
 - f. Obesidad
 - g. Cirrosis
 - h. Anemia
 - i. Convulsiones
 - j. Cardiopatía
 - k. Otras (especifique): _____
 - l. Ninguna
6. Medicación habitual: _____
7. Clasificación ASA: _____
8. Tiempo operatorio (minutos): _____
9. Tipo de cirugía: _____
10. Hora de inicio de la anestesia (0-24 horas): _____
11. Hora de inicio de la cirugía (0-24 horas): _____
12. Hora de finalización de la anestesia (0-24 horas): _____

III. **Manejo anestésico**

13. Tipo de sistema ventilatorio:

- a. Abierto
- b. Semiabierto
- c. Cerrado
- d. Semicerrado

14. Tipos de flujo:

- a. Bajo
- b. Medio
- c. Alto

15. Tipo de agente halogenado:

- a. Isoflurano
- b. Sevofluorano
- c. Otro (especifique): _____

16. Premedicación anestésica:

17. Fármacos anestésicos usados en inducción: (Nombre-G) _____

18. Estudio de gases intraoperatorio

HORA	FiO ₂	Ph	PO ₂	pCO ₂	SAT O ₂	HCO ₃	Lactato	MAC	Fi	Fe

19. Datos sobre el monitoreo hemodinámico:

Momento del monitoreo	Hora del monitoreo	PAS	PAD	PAM	FC	STO2	PCO2
Llegada del paciente al quirófano							
Inicio de la infusión							
Mantenimiento de la anestesia							
Término de la infusión							
Término de la cirugía							

20. Consumo de anestésico (ml): _____

21. Costo total (USD): _____