

Análisis de las intervenciones realizadas en el área de traumatología de urgencias

Dres. L. Garreta J.*, J. Morales J.*, Val M.**, Castellano F.**, Verdiell V.***
Hospital de Bellvitge

Resumen

Se analizan 611 intervenciones quirúrgicas, realizadas en 563 pacientes a lo largo de un año natural, en el área de traumatología de urgencias del Hospital Príncipes de España de Bellvitge. Se valoran los parámetros, edad, sexo, mes, hora de la intervención diagnóstico y tratamiento.

Se aprecia un incremento de las intervenciones realizadas en urgencias con respecto a años anteriores.

Palabras clave

Análisis. Intervenciones. Traumatología. Urgencias.

Introducción

La utilización de los servicios de urgencias ha aumentado notablemente en las últimas décadas debido a diferentes factores, como son: el aumento en la demanda de tecnología médica, el aumento en la expectativa de vida, la gran facilidad de acceso a los servicios de urgencia hospitalaria, el deficitario funcionamiento de la medicina primaria, el incremento en la calidad de vida, el aumento de los accidentes de tráfico.

Sin embargo hemos podido comprobar que en nuestro hospital, al igual que en la mayoría de otros hospitales, un número importante de los enfermos visitados en los servicios de urgencias, son enfermos que presentan una patología banal.

Concretamente durante 1989, hemos visitado 27.492 pacientes en el área de traumatología, de los cuales solo precisaron tratamiento hospitalario 1033 enfermos.

Por ello hemos considerado oportuno el realizar un estudio de las urgencias del área de traumatología en el último año, analizando los enfermos visitados, ingresados e intervenidos en el área de urgencias.

En éste trabajo analizaremos los 1033 enfermos que han precisado ingreso hospitalario, y concretamente las intervenciones realizadas en el área de traumatología de urgencias. En un segundo trabajo analizaremos el resto de enfermos visitados que no precisaron su ingreso, a partir de una muestra representativa.

Material y Métodos

Este trabajo se ha realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital de Bellvitge de Hospitalet.

Si revisamos las cifras obtenidas en los últimos años en nuestro servicio (Figura 1), podemos ver como en el año 1989 disminuyendo el número de visitas totales realizadas, la cifra de visitas en el área de traumatología se mantuvo prácticamente igual. Los ingresos de traumatología disminuyeron discretamente pero el número de intervenciones ha ido aumentando progresivamente, y lo que ha sido más significativo ha sido la relación entre los ingresos y el número de intervenciones que en el año 1985 era del 38,3%; en 1987 era del 36,7% y en 1989 llegó al 54,5%.

Relación de los últimos años
en el Area de Urgencias

	1985	1987	1989
Urgencias totales	127.393	126.459	121.520
Urg. traumatología	27.529	28.381	27.492
Ingr. traumatología	1.140	1.309	1.033
Interv. urg. traumat.	437	481	563
Relación ingr./inter.	38,3%	36,7%	54,5%

* Médico adjunto. ** Médico residente. *** Jefe de Servicio. Servicio de Urgencias del Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet.

Correspondencia: Dr. Jaime J. Morales de Cano. C/. Balmes, 295 1º 2ª - 08022 Barcelona.

Figura 1

Para realizar este estudio hemos tenido que revisar todas las intervenciones quirúrgicas que se realizaron en el año 1989 de traumatología en urgencias y que eran un total de 563 pacientes, con un total de 611 intervenciones.

Esta revisión de casos se ha confeccionado en base a una serie de parámetros que hemos sacado de todas las historias revisadas. Estos datos han sido:

- edad.
- sexo.
- mes.

- hora de la intervención.
- diagnóstico.
- tratamiento.

Resultados

1. Enfermos intervenidos durante el año 1989 en el área de traumatología de urgencias, clasificados por meses (Figura 2.).

De los 563 enfermos intervenidos, la media mensual es de 47 pacientes, siendo la desviación estandard de 8,5.

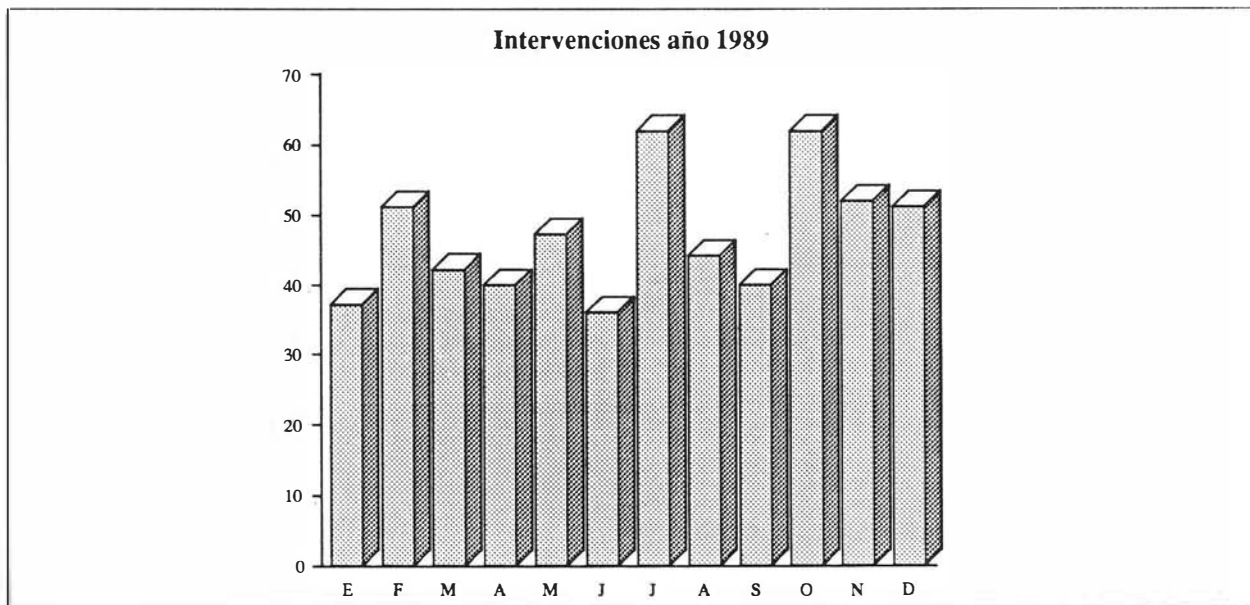


Figura 2

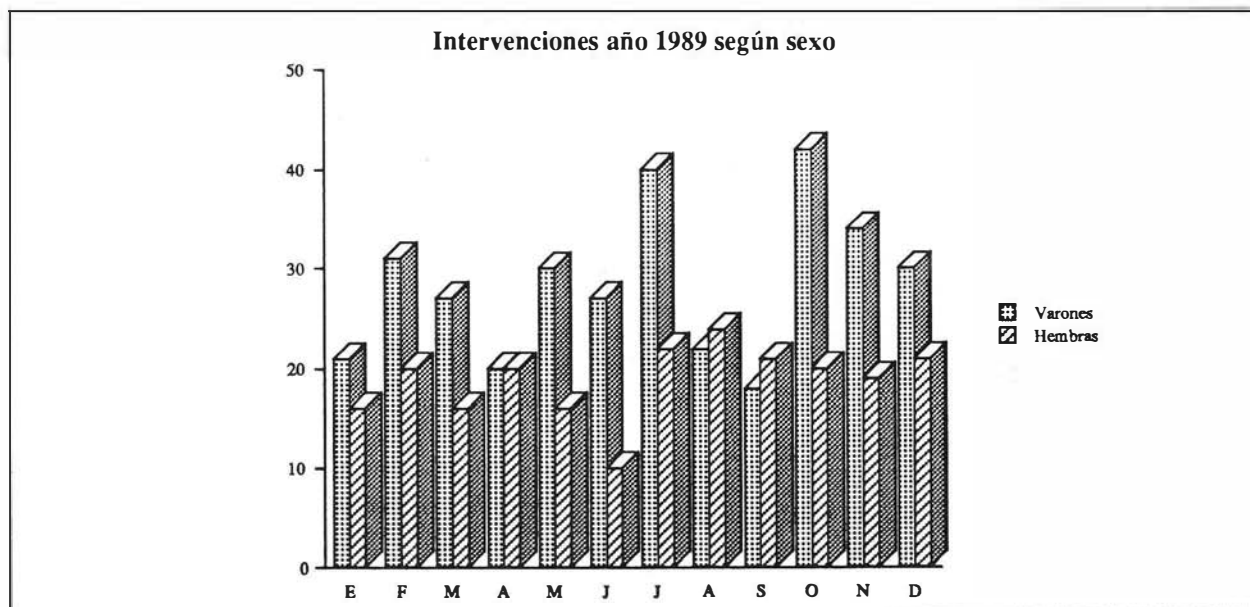


Figura 3

Como podemos ver, el número de intervenciones realizadas a lo largo del año, sigue una evolución prácticamente constante. Podemos observar que aumenta discretamente en el verano y principio del otoño, posiblemente debido al aumento de los accidentes de tráfico, y especialmente al aumento del parque de motocicletas, típico de estas fechas.

2. Enfermos intervenidos en el área de traumatología de urgencias, clasificados según el sexo (Figura 3.).

De los 563 pacientes se han contabilizado 339 varones

y 224 mujeres, que suponen un porcentaje de un 60% y un 40% respectivamente. Comparando estas cifras se llega a la conclusión de que existe una diferencia significativa, siendo mayor el número de urgencias efectuadas a los varones ($t= 4,05$; $gdl= 22$; $p<0.001$).

Se objetiviza una clara preponderancia de varones intervenidos, y que se hace todavía más notable justo en los periodos de verano y otoño, donde hemos podido apreciar un aumento del número de intervenciones.

3. Enfermos intervenidos en el área de traumatología

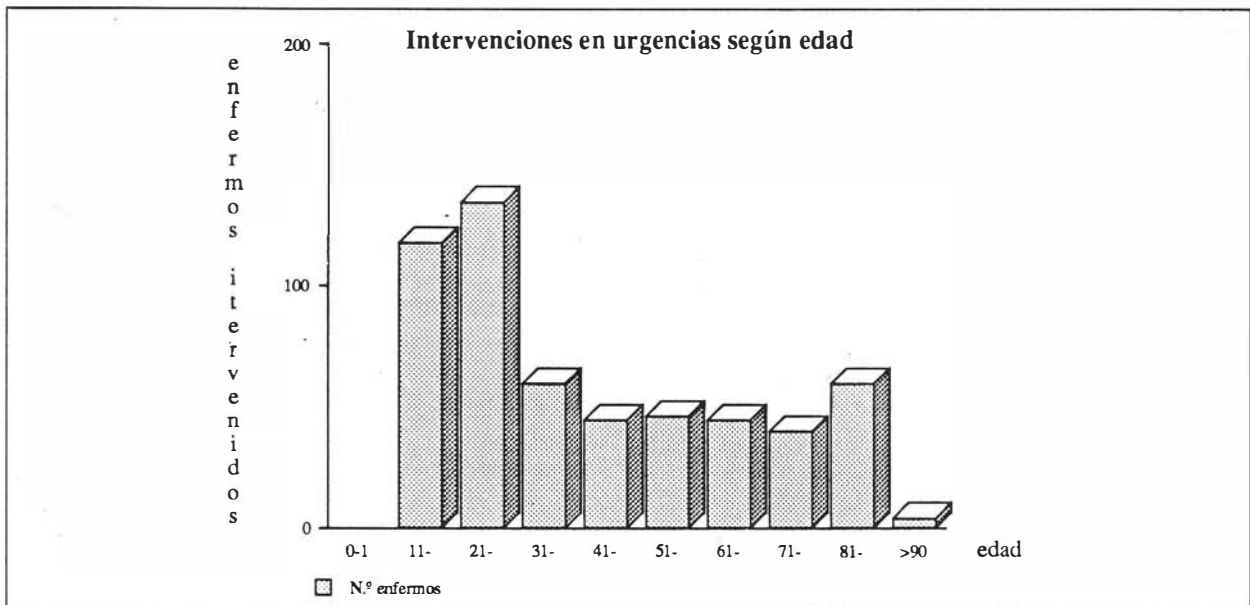


Figura 4

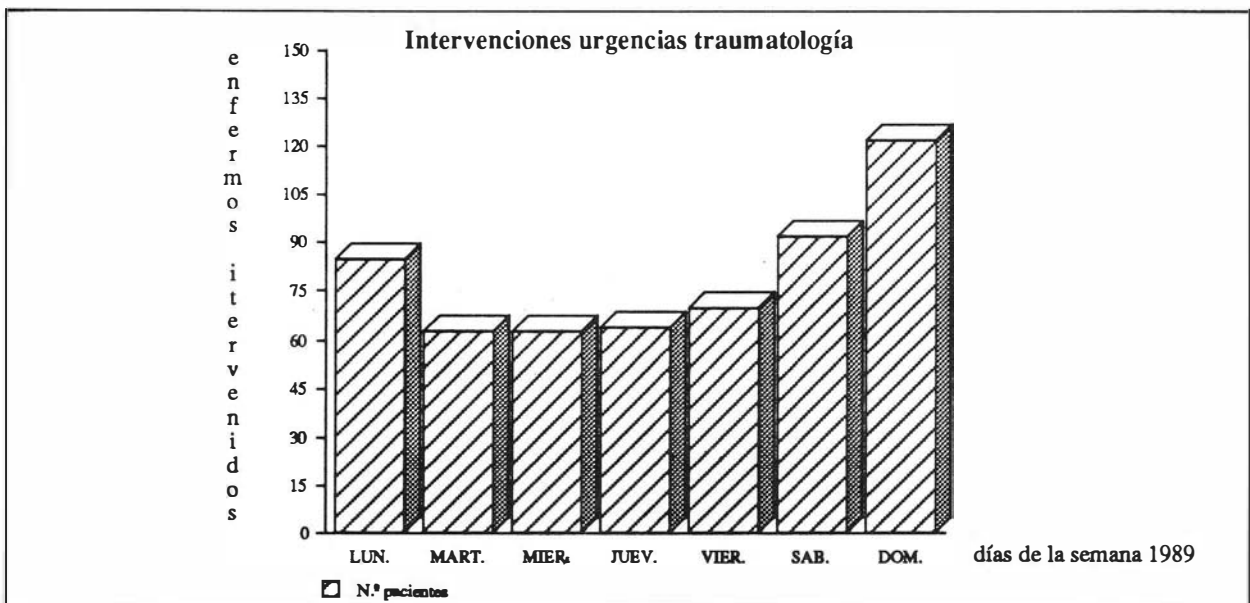


Figura 5

de urgencias, clasificados según la edad (Figura 4.). La media es igual a 56,3, y la desviación tipo es de 42,50.

No se ha realizado ningún tipo de intervención en enfermos con edades comprendidas entre los 0 y 10 años, por no tratarse de un hospital pediátrico.

Se aprecia un pico considerable de intervenciones, entre los 18 y 30 años de edad. Esto podría estar relacionado con los accidentes de tráfico, especialmente de motocicletas y en época estival.

También podemos ver un aumento importante de intervenciones, en edades de 80 a 90 años. Cosa íntimamente ligada a los traumatismos de cadera en la tercera edad, sobre huesos osteoporóticos.

Entre los picos descritos, existe una homogeneidad en el número de las intervenciones realizadas.

4. Enfermos intervenidos en el área de traumatología de urgencias, clasificados según el día de la semana (Figura 5.).

Coincidiendo con otros autores, apreciamos un aumento considerable de intervenciones durante el fin de semana, y el día lunes. Sin embargo los demás días de la semana presentan cifras prácticamente equivalentes.

5. Enfermos intervenidos en el área de traumatología de urgencias, clasificados según la hora de la intervención (Figura 6.). La media de intervenciones diarias es de 80, siendo la desviación tipo a lo largo de los días de la semana de 21.01.

La gran mayoría de las intervenciones se realizan entre las 16 y 24 horas, siendo a las 24 horas cuando más intervenciones se comienzan. Esto coincide con el final de las jornadas laborales, y aumento del tráfico rodado en la ciudad, y también con el aumento del tráfico rodado en la tarde-noche del fin de semana (desplazamientos interurbanos). Dado el carácter de nuestro centro la patología

laboral es trasladada a sus correspondientes Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo.

6. Clasificación de las intervenciones realizadas según el diagnóstico y tratamiento.

De los 1033 enfermos ingresados, 563 fueron intervenidos en el área de traumatología de urgencias, los 470 restantes fueron ingresados por motivos diferentes:

1. Fracturas que por su complejidad, precisaron estudios complementarios.

2. Fracturas conminutas para ser tratadas por osteosíntesis diferidas.

3. Fracturas reducidas e inmovilizadas en la sala de yesos de urgencias que aun precisando anestesia general, no constan como intervenciones quirúrgicas.

4. Infecciones y tumores óseos que ingresan para estudio y tratamiento.

5. Politraumatizados que por sus lesiones torácicas y/o craneales se tuvo que postergar su intervención.

Para realizar la clasificación según el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos intervenidos, hemos dividido en dos gráficas: una que abarca la patología del miembro superior (Figura 7.), y otra recoge la patología del miembro inferior (Figura 8.). En cada gráfica recogemos por una parte el diagnóstico, y por otra parte el tratamiento. Para ésto hemos tenido que esquematizar al máximo tanto los diagnósticos, como los tratamientos.

De todas maneras, creemos conveniente clarificar algunos puntos de éstas gráficas.

Intervenimos las luxaciones de la articulación acromio-clavicular grado III, en gente joven. Realizamos una reparación cápsulo-ligamentosa, junto con una síntesis con agujas de kirschner.

En las fracturas del tercio proximal de húmero, realizamos una reducción y síntesis con tres agujas percutáneas

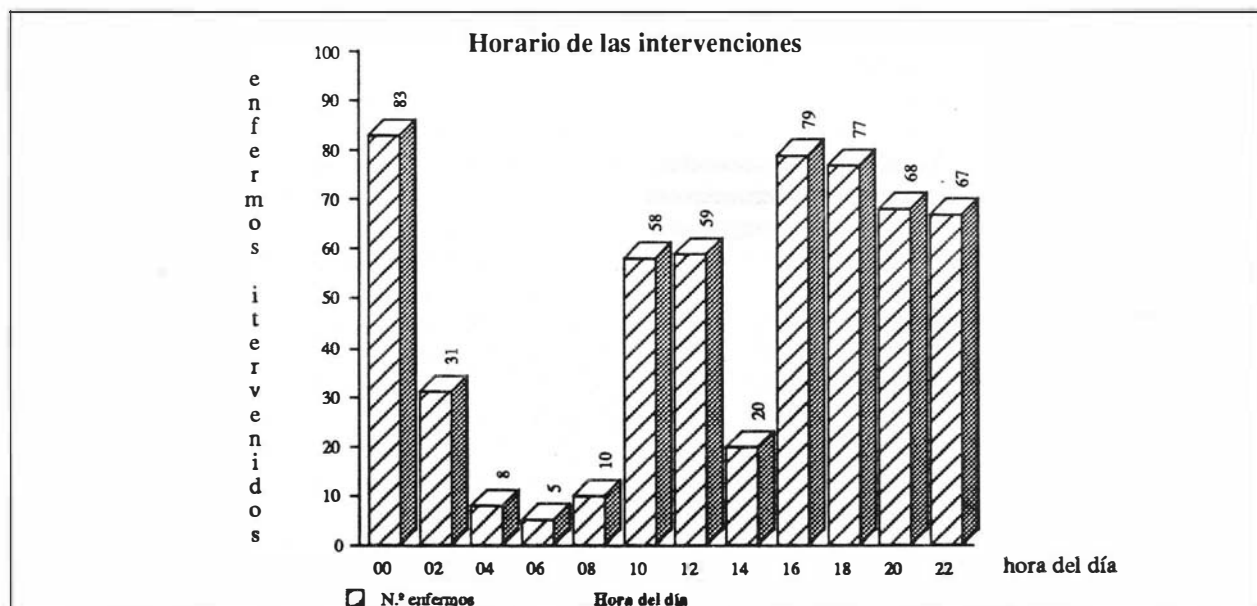


Figura 6

Clasificación por patología y tratamiento del miembro superior			
Luxación acromio-clavicular		11	Osteosíntesis
Luxación escapulo-humeral		5	Reducción
Artritis hombro		2	Desbridamiento
Fracturas húmero	1/3 proximal	5	Sint. Percut.
	Diafisis	15	Hackethal
	1/3 Distal	13	Osteosíntesis
Codo	Fracturas		
	Olecranon	18	Cerclaje
	C. radio	5	Exéresis
	Abierta III	4	Osteotaxis
	Artritis codo	2	Desbridamiento
Fracturas cúbito y/o radio		46	Osteosíntesis
Síndrome compartimental antebrazo		3	Fasciectomy
Muñeca	Luxaciones carpo	6	Red. y Síntesis
	Secciones tendinosas	15	Tenorrafia
	Artritis muñeca	2	Desbridamiento
Mano	Lesiones óseas-lig.	22	Osteosíntesis
	Secciones tendinosas	28	Tenorrafia
	Infecciones mano	4	Desbridamiento
Heridas Afect. vasculo-nerviosa		22	Rev. reparación
Amputaciones miembro superior		15	Amputación

Figura 7

de Kirschner²⁰. En todas aquellas fracturas diafisarias de húmero de brazo oblicuo o espiroideo somos partidarios de realizar un tratamiento ortopédico.

También realizamos tratamiento ortopédico en las fracturas de la cabeza del radio, salvo en los casos que exista una conminución de fragmentos o un gran desplazamiento.

Practicamos una osteosíntesis con placas de media caña en las fracturas de cúbito y/o radio.

Las luxaciones carpianas que se acompañan de fractura de escafoides, son tributarias de síntesis a cielo abierto del escafoides, a pesar de que sean reducidas a cielo cerrado.

Realizamos síntesis con aguja de Kirschner bajo bloqueo anestésico del cubital en aquellas fracturas del 5º metacarpiano que presenten un desplazamiento importante¹.

En las heridas que comportan lesiones vasculo-nerviosas, trabajamos junto con los cirujanos vasculares. En un primer tiempo se fija la fractura, y posteriormente se

realiza la reparación vascular y/o nerviosa. Procuramos cubrir las lesiones extensas de piel con injertos libres, y especialmente no dejar descubierto el dorso de la mano.

En las fracturas subcapitales y peritrocantéreas de fémur reservamos las prótesis de Moore y los enclavados endomedulares de Ender para pacientes de más de 75 años, o de un mal estado general. Por debajo de estas edades utilizamos prótesis cementadas, bien sea total o parcial, o realizamos síntesis con tornillo-placa de compresión.

En las fracturas subtrocantéreas, diafisarias y supracondíleas conminutas de fémur, practicamos una osteosíntesis diferida⁹.

En las intervenciones de las fracturas rotulianas procuramos ser lo más conservador posible. En las patelectomías realizamos el adelantamiento del vasto medialis.

En las fracturas abiertas grado II y III de fémur utilizamos el fijador externo de Wagner²².

En fracturas de fémur y/o tibia que se han producido en flexión de la extremidad, descartamos una posible lesión ligamentosa de la rodilla¹¹.

Clasificación por patología y tratamiento del miembro inferior				
Luxaciones de cadera		4	Reducción	
Fracturas de fémur	Subcap.	27	P. Parcial	
	Pertroc.	93	E. Endomedular	
	Pertroc.	7	Sint. compresión	
	Diafis.	21	E. Kuntscher	
Rodilla	Suprac.	3	Osteosíntesis	
	Conmin.	5	Patelectomía	
	F. rótula	Parcial	13	Hemipatelec.
		Parcial	7	Cerclaje
	L. Ligamentosa aguda	7	Reparación	
Fracturas de tibia	F. Meseta tibial	17	Osteosíntesis	
	Artritis rodilla	3	Desbridamiento	
Fracturas de tibia	Abiertas	23	Osteotaxis	
	Cerradas	29	Yeso Bipolar	
Tobillo	Fractura bimalleolar	43	Osteosíntesis	
	Fractura trimaleolar	10	Osteosíntesis	
	Lesión ligamentosa	8	Reparación	
Pie	Fract. retropié	10	Osteosíntesis	
	Fract. Lux. antepié	14	Reduc. síntesis	
	Rotura T. Aquiles		5 Reparación	
	Infecciones	3	Desbridamiento	
	Revisión heridas	4	Sutura	
Amputaciones miembro inferior		8	Amputación	
Pelvis	Fracturas	3	Osteotaxis	
	Infecciones	1	Desbridamiento	

Figura 8

Las fracturas de tibia y peroné son tratadas ortopédicamente con un yeso bipolar. En las que precisan osteotaxis las abiertas grado II y III, utilizamos el fijador externo de Hoffman. Si preveemos una posible pseudoartrosis en la evolución de estas fracturas, alineamos el peroné con una aguja endomedular de Kirschner, para que en un segundo tiempo podamos practicar un injerto intertibia-peroneo⁸.

Somos partidarios de la osteosíntesis en las fracturas de tobillo, utilizando generalmente una placa de tercio de caña en el maleolo peroneal, y un tornillo maleolar en el lado interno. En las fracturas de pilón tibial practicamos osteotaxis previa a la síntesis para facilitar el manejo de los fragmentos, generalmente conminutos del extremo distal de la tibia.

En lesiones ligamentosas de tobillo en gente joven y con radiografía dinámicas positivas, realizamos una reparación quirúrgica.

En las fracturas de calcáneo que precisan tratamiento quirúrgico, utilizamos el método de reducción y fijación de Westhues-Ehalt.

Somos partidarios de la reparación quirúrgica en las roturas del tendón de Aquiles.

Discusión

De los 27.492 enfermos visitados, solo 1033 precisaron un ingreso hospitalario, lo que representa un 3,75%. En 1971 Jacobs y colaboradores¹³ recogen en su trabajo que solo el 35% de las urgencias visitadas precisaran un tra-

tamiento hospitalario. Similares conclusiones nos presentan Martínez Moreno y colaborador en 1983¹⁷, recogiendo un 30% de tratamientos hospitalarios, y una media de 9,76% de la relación ingresos/asistencias.

Estas cifras nos muestran el aumento progresivo en la mala utilización de los servicios de urgencias. El concepto de asistencia urgente hospitalaria no está bien asimilado por la población, ni la asistencia primaria es suficiente para ser eficaz.

Las intervenciones realizadas durante todo el año siguen una proporción prácticamente constante, aunque se aprecia un discreto aumento durante los meses de verano otoño. Esto nos hace pensar que coinciden justamente con el mayor uso de los vehículos y motocicletas.

Hemos podido comprobar como se aprecia un considerable aumento de enfermos intervenidos en edades comprendidas entre los 18 y 30 años. Hawkins y colaboradores¹² publican un trabajo en 1988, donde se recoge que los accidentes causan más muertos entre los 1 y 34 años, que el resto de enfermedades juntas.

Coincidimos con autores como Martínez Moreno¹⁷, Jacobs¹³ y Lloret Carbó¹⁶ que el lunes es el día de mayor volumen de urgencias, y consecuentemente de intervenciones quirúrgicas.

También tenemos que mencionar el notable aumento que registramos durante el fin de semana. Esto está motivado por el incremento que se produce en el tráfico rodado tanto intraurbano como interurbano.

En los últimos años se ha podido apreciar una progresión ascendente de los denominados accidentes de alta energía, ésto se debe a una mayor potencia y velocidad de los vehículos de motor. La patología resultante comporta el concurso de los diferentes especialistas del área de urgencias. Muchas veces estos enfermos requieren varias intervenciones. En nuestra estadística recogemos 611 intervenciones realizadas en 563 pacientes. Autores como Hawkins¹² propugnan la creación de los denominados "trauma centers" para la asistencia de estos politraumatizados que suponen una auténtica emergencia médica.

Hemos encontrado un incremento de las intervenciones en la población con edades comprendidas entre los 75 y 90 años. Estas cifras nos coinciden con el aumento de las fracturas de cadera. Autores como A. Lizaur¹⁵ reconocen que las fracturas de cadera representan un 16% de los ingresos, y que la incidencia de las fracturas de cadera se duplica cada 10 años, e incluso se triplica a los 20 años¹⁴.

Conclusiones

1. Apreciamos como muy valorable el aumento de las intervenciones quirúrgicas en el área de urgencias, ya que ésto presupone una disminución de la estancia preoperatoria, que disminuye la estancia media y consecuentemente aumenta el índice de rotación; por lo que representa en una mejor asistencia al paciente, y un menor coste sanitario.

2. Dado que la mayor incidencia de intervenciones se produce en jóvenes y como resultado de accidentes de

tráfico durante el fin de semana, deben mejorarse los protocolos de manejo de éstos politraumáticos graves. Creemos muy oportunas todas las campañas publicitarias de sensibilización que realizan los centros oficiales para la prevención de los accidentes.

3. Se prevé que para el año 1996 los gastos por fracturas de cadera en la tercera edad aumentarán atendiendo al incremento de fracturas y a la inflación en un 186%. Sólo en manos de la autoridad sanitaria está el coordinar un eficaz plan de prevención de estas lesiones y adecuar los recursos de material y de personal especializado.

4. No todas las intervenciones realizadas necesariamente precisan ser tratadas en centros nivel III. Sería conveniente un sistema informatizado para la gestión de las demandas de servicios de urgencias sanitarias generales y coordinación interhospitalaria.

5. Coincidimos con otros autores en la necesidad de proponer que el grado de adecuación de las visitas en los servicios de urgencias sea utilizado como parámetro de calidad de la asistencia primaria.

Agradecimiento

Agradecemos a A. Morales de Cano su colaboración en la realización del estudio estadístico de este trabajo.

Bibliografía

1. BARJAU VIÑALS R., CABO CABO J., LATORRE MARTI J. *Tratamiento de las fracturas del 5º metacarpiario por enclavamiento endomedular*. Acta Quirur. Cat. 1984.
2. BAXT W.G., MOODY P., *The impact of rotorcraft aeromedicalemergency care service ontraumamortality*. JAMA, 249, jun. 1983.
3. BRAÑA VIGIL A., MONTES MORTERA S. *El politraumatizado en accidente de tráfico*. Rev. Ortop. Traum. 25 IB, nº3, 1981.
4. CAMPHERRERO J. *El papel de los centros de atención primaria en la descongestión de los hospitales*. Med. Clin. Vol.91, nº 20. 1988.
5. CASTILLO REYM., HUGUET J., BRAVO J., CORTADA L. *Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas*. Med. Clin. Vol.87, nº13. 1986.
6. CLAVE E., PARELLADA J., PUIGA. *Demanda y fluxes de trasllat secundari de malalt crític a Catalunya*. Comunicació II Jornades d'Urgències "Sistemes de emergències mèdiques". Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet. 1988.
7. FARRE A. *Las urgencias en atención primaria*. Atención primaria. 1988.
8. FERNANDEZ SABATÉ A., PORTABELLA F., FERRER H., CACERES E. *Tratamiento de las fracturas abiertas graves de la diáfisis tibial con osteotaxis inmediata e injerto óseo diferido*. Rev. Ortop. Traum. 28 IB nº4. 1984.
9. FERNÁNDEZ SABATÉ A., FERRER H., PORTABELLA F. *La osteosíntesis diferida en el tratamiento de las fracturas diafisarias de fémur*. Avances, vol 15-1, 1985.
10. FERNÁNDEZ SABATÉ A., PORTABELLA F., ORDUÑA M., MORETA D., HERNÁNDEZ J.A. *Tratamiento de las pseudoartrosis diafisarias asépticas*. Avances, vol 17-3. 1987.
11. GARCÍA J.A., MARÍN M., FERNÁNDEZ SABATÉ A., JIMENO URBAN F. *Rotura del ligamento cruzado posterior*

de la rodilla asociada a fractura de fémur o tibia homolateral. Rev. Ortop. Traum. 33 IB n° 6. 1989.

12. HAWKINS M., TREAT R., MANSBERGER A. *The trauma Score: A simple method to evaluate quality of care.* The American Surgeon. Abr. 1988.

13. JACOBS A., WILLIAM J., WERSINGER R. *Emergency department utilization in an urban community.* JAMA, April, Vol 216. 1971.

14. LIZAU A., GUTIERREZ P., MONTOZA J.M. *Coste económico y asistencial de las fracturas de cadera.* Rev. Ortop. Traum. 33 IB, n° 3. 1989.

15. LIZAU A., MONTOZA J.M., GUTIERREZ P. *Incidencia específica por edad y sexo de las fracturas proximales de fémur.* Rev. Ortop. Traum. 33 IB n°3. 1989.

16. LLORET J., PUIG X., MUÑOZ J. *Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el periodo de un año.* Med. Clin. vol 83. n°4. 1984.

17. MARTÍNEZ J.L., VAQUERO F. *Urgencias traumatológicas asistidas en un hospital general durante el año 1982.* Rev. Ortop. Traum. 28 IB. n°2. 1984.

18. McCORT J.J. *Caring for the major trauma victim: the role for radiology.* Radiology, 163, abril. 1987.

19. McMURTRY R.Y., NELSON W.R. *Current concepts in trauma: principles and directions for development.* Can. Med. Assoc. J. vol 141, sept. 1989.

20. ORDUÑA SERRA M. *Sistemática de tratamiento de las fracturas de cuello de húmero.* Cita personal. 1975.

21. OROZCOLOPEZ P. *Evaluación de las urgencias generadas por una población.* Tesis doctoral. Barcelona 1989.

22. PORTABELLA F., FERNÁNDEZ SABATÉ A., HERNÁNDEZ J.A. *Tratamiento de las fracturas abiertas de fémur con el fijador externo de Wagner.* Avances, vol 17-4, 1987.

23. SHACKFORD S.R., HOLLINGSWORTH P., MCARDLE M. *Assuring quality in a trauma system. The medical Audit committee: composition, cost and results.* J. Trauma, 27, august. 1987.

24. TRUNKEY D.D. *Trauma care systems.* Emerg. Clin. North. Am., 2, nov. 1984.

DIPRIVAN®

PROPOFOL

nuevo anestésico para mantenimiento e inducción

ESPECIALIDAD DE USO HOSPITALARIO. COMPOSICIÓN CUANTITATIVA: Cada ml contiene: Principio activo: Propofol (D.C.I.): 10 mg. Excipientes c.s.p. 1 ml. **PROPIEDADES:** DIPRIVAN (Propofol) es una emulsión isotónica acuosa, blanca, cuyo vehículo contiene aceite de soja, fosfátido de huevo purificado, glicerol y agua. DIPRIVAN (Propofol) presenta una farmacocinética lineal para las dosis recomendadas de infusión, se distribuye extensamente y se elimina rápidamente. La eliminación se efectúa mediante procesos metabólicos, probablemente en el hígado, formándose conjugados inactivos de DIPRIVAN (Propofol) y su correspondiente quinol, que se excretan en orina. **INDICACIONES:** Agente anestésico intravenoso de acción corta, adecuado para la inducción y mantenimiento de la anestesia general. **POSOLÓGIA:** Inducción: En pacientes premedicados y no premedicados, se recomienda más DIPRIVAN (Propofol) sea dosificado según la respuesta del paciente, hasta que aparezcan los signos clínicos de la anestesia. La dosis normal en adulto sano es de aproximadamente: 40 mg (4 ml) cada 10 segundos. La mayoría de los pacientes adultos menores de 55 años necesitarán de 2.0 a 2.5 mg/kg de DIPRIVAN (Propofol). Por encima de esa edad pueden requerirse dosis inferiores. En pacientes de grado ASA 3 y 4, deberá administrarse más lentamente, aproximadamente: 20 mg (2 ml) cada 10 segundos. **Mantenimiento:** Se puede mantener la anestesia, administrando DIPRIVAN (Propofol), bien por infusión continua o por inyección en bolus repetidos. Cuando se utiliza en infusión continua, la velocidad media de administración varía de uno a otro paciente, pero usualmente se alcanzará una anestesia satisfactoria entre: 0.1-0.2 mg/kg/minuto, es decir 6 a 12 mg/kg/hora. Pueden requerirse velocidades de administración ligeramente mayores, durante 10 a 20 minutos después de la inducción de la anestesia. La emulsión de DIPRIVAN (Propofol), para infusión continua puede ser utilizada tal cual (sin diluir), o diluida, únicamente con Dextrosa al 5% en bolsas de PVC o frascos de vidrio para infusión. Alternativamente, si se utiliza la técnica de inyección en bolus repetidos, pueden ser administrados incrementos de 25 mg (2.5 ml) a 50 mg (5 ml) de acuerdo con las necesidades clínicas. **Observaciones:** Generalmente son requeridos agentes analgésicos suplementarios, en adición a DIPRIVAN (Propofol). La experiencia en procedimientos de más de 1 hora de duración, es limitada. DIPRIVAN (Propofol), ha sido usado en asociación con anestesia raquídea y epidural, y con medicamentos utilizados de forma habitual en la premedicación, no habiéndose observado incompatibilidad farmacológica. **NORMAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** Para una administración correcta seguir las instrucciones incluidas en el prospecto. **CONTRAINDICACIONES:** Pacientes con alergia conocida a Propofol (DIPRIVAN) o a otro de sus componentes. **PRECAUCIONES:** DIPRIVAN (Propofol) deberá administrarse por personal especializado en anestesia y deberá disponerse de medios para el mantenimiento de una vía aérea patente, ventilación artificial y oxigenación. Al igual que otros agentes anestésicos cuando se administre a un paciente epiléptico, puede incrementarse el riesgo de convulsión. Como otros agentes anestésicos intravenosos, debe tenerse especial cuidado en pacientes con alteraciones cardíacas, respiratorias, renales o hepáticas y pacientes debilitados o hipovolémicos. Se tendrá la debida precaución en pacientes con trastornos del metabolismo graso y en otras situaciones donde las emulsiones lipídicas deben emplearse con prudencia. DIPRIVAN (Propofol) carece de actividad vagolítica y ha sido asociado con bradicardia, ocasionalmente profunda. Deberá ser considerada la administración intravenosa de un agente anticolinérgico antes de la inducción o durante el mantenimiento de la anestesia. **Recuperación:** después de la anestesia general, el paciente deberá ser supervisado durante un periodo adecuado de tiempo, para asegurarse una recuperación total. **Uso en pediatría:** Actualmente no existe suficiente experiencia de DIPRIVAN (Propofol) en niños. **Uso en embarazo y parto:** De forma general, DIPRIVAN (Propofol) no debe ser usado durante el embarazo. No se recomienda su uso en obstetricia, incluidas operaciones cesáreas, ya que son insuficientes los datos que apoyan su seguridad para el feto. **Uso en lactancia:** No se recomienda su utilización. **Uso en ancianos:** En pacientes con edad superior a 55 años, pueden ser requeridas dosis inferiores, aproximadamente del 20% menos, para la inducción de la anestesia. **INTERACCIONES:** Los niveles sanguíneos de DIPRIVAN (Propofol) pueden elevarse en presencia de fentanilo. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Durante la inducción se puede presentar hipotensión y apnea transitoria, dependiendo de la dosis y del uso de premedicaciones y de otros agentes. Otros efectos colaterales durante la inducción, mantenimiento y recuperación se presentan raramente, aunque se han comunicado casos de bradicardia. Se han descrito efectos cardiovasculares, aún cuando su relación causal con DIPRIVAN (Propofol) no se ha establecido, tales como: arritmia, bigeminismo, fibrilación ventricular, bloqueo cardíaco e isquemia miocárdica. Raramente, se han producido movimientos epiléptiformes, incluyendo opistótono, en relación temporal con DIPRIVAN (Propofol). Durante la fase de recuperación pueden presentarse náuseas, vómitos y cefalea en una pequeña proporción de pacientes. Muy raramente puede producirse reacción anafiláctica que puede incluir broncoespasmo, eritema e hipotensión. Han sido reportados casos de fiebre. Puede presentarse dolor local durante la administración intravenosa de DIPRIVAN (Propofol), que puede reducirse al mínimo, con la coadministración de lidocaina, utilizando venas gruesas del antebrazo y de la fosa antecubital. La presentación de trombosis y flebitis es rara. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La sobredosificación accidental podría causar depresión cardiorespiratoria. La depresión respiratoria deberá ser tratada por ventilación artificial con oxígeno y la depresión cardiovascular exigirá bajar la cabeza del paciente y, si es severa, deberán emplearse expansores plasmáticos y agentes presores. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** DIPRIVAN (Propofol) será conservado por debajo de 25°C. Evitar la congelación. **PRESENTACIÓN:** Envases con 5 ampollas de 20 ml. P.V.P. 5.248 Pts. P.V.P. (IVA): 5.563 Pts.



ICI-Farma

Josefa Valcárcel, 3 y 5 - 1.ª planta
28027 MADRID
Teléf. (91) 320 00 69