



DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i3.2274](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2274)

## Paciente con Neumonía por SARS COV2 y posible caso de síndrome de infusión de propofol en UCI

**Dra. Isabel Cristina González Medina**

[Cris890913@gmail.com](mailto:Cris890913@gmail.com)

Médico General universidad de Santander,  
Especialista en Seguridad y salud en el Trabajo de  
Universidad Manuela Beltrán, Bucaramanga, Colombia

**Dra. Melissa Julieth Aguas Cantillo**

[melissaaguas05@gmail.com](mailto:melissaaguas05@gmail.com)

Médico general universidad de Santander,  
Bucaramanga, Colombia

**EM. Michel Stephany Benavides Herrera**

[michelbenavides0797@gmail.com](mailto:michelbenavides0797@gmail.com)

Estudiante Medicina, Universidad de Santander,  
Bucaramanga, Colombia

**Dr. Diego Fernando Cabezas Bolívar**

[Diego.medicina91@hotmail.com](mailto:Diego.medicina91@hotmail.com)

Médico General, Universidad de Santander,  
Bucaramanga, Colombia

**Dra. Martha Lucia Robles Castaño**

[Marthalrobles04@gmail.com](mailto:Marthalrobles04@gmail.com)

Medica general Universidad Autónoma de Bucaramanga,  
Colombia

Correspondencia: [Cris890913@gmail.com](mailto:Cris890913@gmail.com)

Artículo recibido: 20 abril 2022. Aceptado para publicación: 05 mayo 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Como citar: González Medina, I. C., Aguas Cantillo, M. J., Benavides Herrera, M. S., Cabezas Bolívar, D. F., & Robles Castaño, M. L. (2022). Paciente con Neumonía por SARS COV2 y posible caso de síndrome de infusión de propofol en UCI. *Científica Multidisciplinar*, 6(3), 1066-1078. DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i3.2274](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2274)

## RESUMEN

**Objetivo:** Dar a conocer el síndrome de infusión de Propofol, el cual tiene una asociación en pacientes ventilados bajo sedación por neumonía por sars cov 2

**Presentación de caso** paciente de 50 años manejado en UCI, quien ingresa a hospital de primer nivel con clínica de insuficiencia respiratoria severa por neumonía por Sars cov2, requiriendo ventilación mecánica invasiva, bajo sedación de mantenimiento con Propofol, logrando identificar síndrome de infusión de Propofol (SIP).

**Conclusión:** se trata de un síndrome poco conocido pero altamente mortal en el cual se requiere una estricta vigilancia en el momento de su administración, por lo cual en paciente con neumonía por Sars CoV2 es posible encontrarlo

**Palabras clave:** *neumonía; ventilación; sedación; sars cov2; síndrome de propofol;*

## Patient with Pneumonia due to SARS CoV2 and possible case of propofol infusion syndrome in ICU

### ABSTRACT

To present the Propofol infusion syndrome, which has an association in patients ventilated under sedation due to sars cov 2 pneumonia

**Case presentation:** of a 50-year-old patient managed in the ICU, who was admitted to a first-level hospital with symptoms of severe respiratory failure due to Sars cov2 pneumonia, requiring invasive mechanical ventilation, under maintenance sedation with Propofol, managing to identify Propofol infusion syndrome (PIS).

**Conclusion:** it is a little known but highly fatal syndrome in which strict surveillance is required at the time of its administration, which is why it is possible to find it in patients with Sars CoV2 pneumonia

**Keywords:** *pneumonia; ventilation; sedation; sars cov2; propofol syndrome*

## 1. INTRODUCCIÓN

Síndrome infusión de Propofol (SIP), es un grupo de signos y síntomas que se desarrollan posterior a la administración de Propofol, en cantidades mayor o igual a 4 mg/kg/hora y suele suceder en un periodo igual o mayor de 48 horas, es una patología poco frecuente pero que puede generar secuelas irreparables en el paciente, el primer caso descrito se dio en niños alrededor de 1998 por el autor R.J, Bray, (4) luego de esto se evidencio en adultos que se encontraban en estado crítico, generalmente presenta clínica diversa como acidosis metabólica, rabdomiólisis, hiperlipidemia, hepatomegalia o esteatosis hepática, hiperpotasemia, disfunción cardiaca y renal (3).

El Propofol se clasifica como un fármaco hipnótico sedante, de aplicación intravenosa y que presenta corta acción, este es usado en niños y adultos, por sus características es usado en pacientes que requieren inducción, mantenimiento de anestesia y sedación, dependiendo la necesidad del paciente. ya que cuenta con un inicio rápido y posterior rápida recuperación al interrumpir su uso. Como factores acompañantes induce una disminución de la presión arterial media por reducción del gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica, lo que va a ocasionar depresión respiratoria moderada.

La compañía encargada del desarrollo del fármaco mencionado fue Imperial Chemical Industries en el Reino Unido y este se comercializó a mediados de 1977, para posteriormente ser desarticulado del mercado por presentar reacciones de tipo anafiláctico. Luego de esto se sustituye por una emulsión y es articulado posteriormente en 1986 (3); es muy importante el reconocimiento de este síndrome, ya que dada la pandemia se incrementó su uso en especial en pacientes con neumonía por sars covd 2 en estado crítico

## 2. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS O MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un reporte de caso clínico observacional, teniendo como base estancia y evolución del paciente desde que fue internado en unidad de cuidados intensivos, por insuficiencia respiratoria severa (IRS), presentando caso confirmado de COVID-19 y posteriormente desarrolló SIP. Inicialmente se realizó seguimiento al paciente y posterior recolección de los resultados de laboratorio reportados, los cuales se analizaron desde el inicio del cuadro clínico, hasta su desenlace; solicitando previo consentimiento informado a la cónyuge, quien actuaba como representante legal del paciente. Se explica que los datos de identidad se tendrán bajo el concepto de reserva y

no serán revelados, se considera que es un manuscrito de tipo científico y no concluye una investigación con riesgo, dado que respeta las declaraciones internacionales de la investigación, el cual se construyó con diferentes bases de datos científicas. Los autores señalan no tener conflictos de interés.

### 3. Caso Clínico

Masculino de 50 años con antecedente de obesidad mórbida, quien a su ingreso en urgencias presentó insuficiencia respiratoria aguda severa con francos criterios de manejo de vía aérea avanzada y requerimiento de ventilación mecánica invasiva. Por lo cual ingresa a unidad de cuidados intensivos, inestable hemodinámica mente, taquicárdico, febril, e hipoxemia severa, requiriendo ventilación mecánica invasiva (VMI), por diagnóstico de neumonía por covid-19, antígeno SARCOV-2 positivo, se toma radiografía de tórax con múltiples infiltrados intersticiales con gran compromiso multilobar (ver figura 1), patrón en vidrio esmerilado obteniendo Score RxT SARS-COV-2 ERVI: 6/8 puntos, confirmando diagnóstico de insuficiencia respiratoria severa de origen viral.

**Figura 1.**



Se inicia esquema de sedación con infusión de Propofol, dando mantenimiento en dosis de 0.5 - 2 MG/KG/H, se instaura tratamiento antibiótico biconjugado ampicilina sulbactam 3 gr cada 6 horas intravenoso (IV) /doxiciclina 100 mg cada 12 horas por

sonda nasogástrica. Paciente quien durante las primeras 24 horas presenta deterioro del estado clínico, con signos de hipotensión, persistencia de alzas térmicas, taquicardia sinusal, acidosis metabólica y hipoxemia severa persistente, considerando estado de choque séptico refractario sin respuesta a cristaloides, por lo que se inicia manejo con vasopresores.

Al segundo día de estancia en UCI, se reportan gases arteriales con acidosis metabólica sin hiperlactemia, insuficiencia renal aguda, por oligoanuria, creatinina 3.35 mg/dl, Bun 56.99 mg/dl, hiperpotasemia leve 5.6 mmol/l, hipernatremia 161 mmol/l, con hallazgo incidental de suero lipémico reportado en laboratorio, por lo que se sospechó de síndrome de infusión de Propofol asociado, considerando como primera medida la suspensión de dicho fármaco, en su segundo día de infusión; se realizan paraclínicos confirmatorias, obteniendo los siguientes resultados: rabdomiólisis (creatina fosfoquinasa -CK 2481.7 U/L) e hipertrigliceridemia (1407.09 mg/dl), Amilasa 158.53 U/L 22.90 y se confirma diagnóstico asociado de síndrome de infusión de Propofol (SIP), dando manejo con medidas nefroprotectoras por injuria renal aguda AKIN III, gluconato de calcio, solución polarizante y bicarbonato, solicitando remisión a institución de mayor complejidad por criterios de hemodiálisis.

En el tercer día en UCI el paciente completando 48 horas de esquema antibiótico, continúa con deterioro del estado clínico, con signos de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), por lo cual se decide realizar suspensión de esquema antibiótico inicial y se hace escalonamiento a antibiótico tipo ureidopenicilina (piperacilina tazobactam 2,25 cada 6 horas ajustados por función renal), asociado a glucopéptido tipo vancomicina 500 mg iv cada 8 horas, dando continuidad a manejo intramural.

Al cuarto día continúa sin mejoría de su estado clínico, con persistencia de signos de choque séptico refractario a pesar de manejo con vasopresor, con signos de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), se reportan laboratorio de control posterior a suspensión de Propofol, obteniendo reportes Creatinfosfoquinasa Total - CK 2663.3 U/L, Triglicéridos 787.29 mg/dl. Transaminasa Glutámico Piruvica-ALT 3150 U/L, Amilasa 211.29 U/L 22 - 90, Transaminasa Glutámico Oxalacetica-AST 4540 U/L, Creatinina 4.26 Bun 61.54, potasio 5.0 mmol/l, sodio 146 mmol/l; con ascenso de creatinfosfoquinasa rabdomiolisis, descenso de hipertrigliceridemia, sin hiperkalemia ni hipernatremia, pero con franco progreso de injuria renal aguda y aparición de insuficiencia hepática,

por lo que se determina disfunción multiorgánica. Paciente fallece en cuarto día de estancia en UCI por complicaciones de su estado clínico.

#### 4. DISCUSIONES

El Síndrome de Infusión de Propofol (SIP) es un conjunto de alteraciones de tipo fisiopatológicas que puede llegar a desarrollar múltiples cambios en el individuo que la padece tales como acidosis metabólica, cambios a nivel cardiovascular y rena, disfunción orgánica múltiple, shock y hasta la muerte, esto puede o no estar acompañados de al menos un hallazgo clínico como: suero lipídico, hepatomegalia, alteración en gases arteriales con déficit de base, rabdomiolisis o hipertrigliceridemia, siendo posible la correlación con el uso de propofol en concentraciones promedio (> a 4.5 mg/ kg/h), presentes en periodos mayores o iguales a 48 horas. SIP es descrito como un diagnóstico poco frecuente pero que presenta una alta tasa de letalidad, debido a sus complicaciones, la incidencia real de esta enfermedad es desconocida, dado que en su mayoría se presentan reportes aislados y falta de unificación de criterios.

En cuanto a su epidemiología se tiene registro de los primeros casos en pacientes pediátricos alrededor del año 1990 y en adultos posteriormente. En 1998 se hizo reconocimiento el SIP como un caso diagnóstico por el autor Bray RJ<sup>11</sup>, este realizó una recopilación de casos en población pediátrica que se encontraba en UCI, dado que es en esta población de donde se obtiene la mayor cantidad de literatura, por otro lado se encuentran casos en otras áreas de la medicina como anestesiología, un ejemplo es el reporte de caso en un paciente adulto que desarrolló SIP luego de una infusión con dicho fármaco de forma intraoperatoria dadas en dosis altas por un periodo de tiempo limitado no mayor al esperado en el uso de Propofol. O urgencias donde la literatura solo nombra la importancia de conocer y diagnosticar el SIP mas no encontrarnos literatura en la cual se haga hincapié como tal en casos clínicos

Con base a los reportes de caso presentados en 2001 y dada la motivación de casos de SIP en adultos que se obtuvo de las publicaciones en The Lancet por Cremer la Food and Drug Administration (FDA), en donde se advierte sobre los riesgos en el uso de la sedación prolongada, (define prolongada a toda aquella mayor a 48 horas con Propofol), se notó un mayor interés por el conocimiento de este síndrome y sus causas. "Posterior a esto se obtiene un reporte más actualizado en el 2006 de la FDA, en donde renueva la información a las etiquetas y limita la dosis máxima del fármaco Propofol a 4

mg/kg/h IV"; Se encontró una revisión de Krajcová en donde reporta 153 casos publicados en la literatura, en los cuales se evidencia una tasa de mortalidad de 51%, no obstante, se encuentra un decrecimiento del 74% previo a 2001, 64% en el periodo 2001-2006 y 34% en casos registrados posteriores a esa etapa. En resultado se obtuvo que en un 90% de los casos presentados de SIP se dio como resultado en el proceso de sedación en UCI y un 10% se dio como parte de la aplicación de una anestesia.

Cremer y colaboradores obtuvieron reportes con una incidencia de 10% desarrollada en adultos en estado neurocrítico quienes fueron tratados con Propofol, desarrollando incremento de 31% en pacientes a quienes se utilizó dosis mayores a 6 mg/kg/hr. Teniendo en cuenta la importancia de estos estudios es bueno recalcar que en la actualidad se han encontrado estudios prospectivos y en el más reciente se evidenció una repercusión menor del 1,1%, y este resultado se dio gracias a que los pacientes recibieron menores dosis de Propofol y de esta forma se disminuye el riesgo de desarrollar SIP. Los reportes encontrados de mortalidad atribuible al SIP oscilan entre 30% y 80% en la actualidad;

Con base a la fisiopatología del SIP, se ha evidenciado relación entre el uso del Propofol y alteración del empleo de los ácidos grasos libres en la actividad mitocondrial, presentando un desequilibrio entre la demanda y la utilización de energía en el paciente, estos hallazgos presentan efectos deletéreos en la célula que lleva a necrosis muscular cardíaca y periférica. Se ha encontrado explicación con base a las semejanzas entre la coenzima Q y Propofol; esto dado que interfiere en la cadena respiratoria produciendo una separación en la formación de ATP, generando desequilibrio entre el gasto y el aporte de energía; Este mecanismo presentado en el metabolismo lipídico desarrolla, la betaoxidación siendo el principal efecto del Propofol a nivel lipídico, dado esto de presenta desajuste energético en las células musculares esqueléticas y miocárdicas principalmente, ya que estas son dependientes de la lipólisis mediada por catecolaminas en casos críticos y de la beta-oxidación de ácidos grasos libres (AGL); en general esta es una explicación del desarrollo de algún grado de miocitolisis cardíaca y de músculos esqueléticos.

En los pacientes con SIP se presentan diferentes manifestaciones clínicas, dentro de las cuales se diferencia, disfunción hemodinámica y shock rápidamente progresivo, rabdomiólisis y acidosis láctica, esto asociado a injuria renal aguda e hiperpotasemia.

Dada esta última es frecuente encontrar arritmias cardíacas, principalmente bradicardia, y alteraciones electrocardiográficas. También puede cursar con hipertrigliceridemia e insuficiencia hepática, esta puede generar lipemia ya que parece estar ligada a una falla hepática por regulación de los lípidos, en algunos de los casos ha sido la primera manifestación del SIP y se deben tener en cuenta los factores de riesgo ya que estos pueden favorecer la manifestación de este síndrome, entre los cuales encontramos: factores primarios como enfermedad crítica con producción de catecolaminas, glucocorticoides, citocinas que van a desarrollar disfunción muscular, cardíaca, periférica y hepática; dentro de estos factores encontramos infección de tipo respiratoria alta, hipoperfusión, hipoxia, sepsis y estado hipermetabólico.

En nuestro caso tenemos como principal factor de riesgo primario, infección por sars cov 2, con una importante alteración como hipoxia severa y sepsis asociada; cabe mencionar que su fisiopatología, inicia con la unión de las glucoproteínas al receptor de la célula huésped que es la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2). Esta enzima se encuentra presente en el riñón, sistema cardiovascular, hígado y tubo digestivo, sistema nervioso central, testículos y placenta.

La infección por el coronavirus a través de su unión con la ACE2 genera la activación y secreción de citoquinas, entre ellas la IL-6; Esta presenta importantes propiedades que van a estimular actividad inflamatoria, dado que actúa en el hígado y también promueve la activación de unas reacciones mediante dos vías diferentes (cis y trans). La que implica una "tormenta de citoquinas" y la secreción de sustancias que favorecen la permeabilidad a nivel vascular, participando en la fisiopatología de la hipotensión y la disfunción pulmonar en el SDRA e insuficiencia multiorgánica, afectando severamente los pulmones, hígado, riñones y corazón.

Todo esto es sumamente importante ya que va a depender de la condición de salud del paciente y los resultados que se den con el uso de la terapia de sedación con Propofol. En los casos de sars cov 2 con mala evolución clínica se presenta insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica, shock séptico, coagulación intravascular y fallo multiorgánico.

Por último, es importante tener claridad sobre el diagnóstico de SIP, es importante que se dé diagnóstico oportunamente, logrando un claro dictamen en este síndrome desde su inicio, optimizando un mejor resultado en el tratamiento. La primera medida

es la suspensión de este anestésico, en conjunto con medidas de soporte hemodinámico que incluyen apoyo vasopresor con catecolaminas.

## 5. CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES

El SIP es una patología poco frecuente que está dada por múltiples factores que predisponen a una mayor tasa de mortalidad en las personas que lo desarrollan, uno de los principales precursores es el uso de Propofol en dosis mayores a 4 mg/kg/hr, por un tiempo mayor o igual a 48 horas. Sin embargo cabe tener en cuenta que no siempre estos criterios se cumplen ya que existen reportes de caso con menores dosis y por menos tiempo al descrito en la literatura, es importante tener en cuenta los diferentes factores de riesgo externos que propician el desenlace del SIP, actualmente nos enfrentamos ante un nuevo virus como es el SARCOV 2, cómo fue el caso expuesto en esta revisión.

Debemos tener en cuenta que el sarcov 2 en casos graves su patología genera hipoxia severa, sepsis, daño multiorgánico, presentados a nivel pulmonar, renal, hepático y cardiovascular. En la revisión de este caso, el paciente ingresa con compromiso pulmonar severo, lo que generó un deterioro progresivo, haciendo necesario el uso de ventilación mecánica asistida y posterior a sospecha de desarrollar el SIP. Por lo que podemos concluir que este SIP es uno de los que se puede evidenciar que inicio en menor tiempo y con un rango de dosis menores a lo comúnmente descrito en las bibliografías, El síndrome como se ha descrito anteriormente es una patología infrecuente, pero altamente mortal, en combinación con una enfermedad crítica como es el sarcov2 dificulta su diagnóstico puesto que presentan complicaciones similares previamente mencionadas, lo que nos supone aún más un reto diagnóstico para los profesionales de salud, los cuales deben diferenciar un SIP.

## 6. LISTA DE REFERENCIAS

Aranda, F. (2018, 11 de junio). *Síndrome de infusión por propofol en el adulto – Revista Chilena de Anestesia*. Revista Chilena de Anestesia – Órgano oficial de la Sociedad de Anestesiología de Chile. <https://revistachilenadeanestesia.cl/sindrome-de-infusion-por-propofol-en-el-adulto/>

- Carrillo, R., Garnica-Escamilla, M. A. y Bautista Leon, R. C. (2010). Síndrome por infusión de propofol. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(2), 97–102. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma102g.pdf>
- VUYK, J., SITSEN, E. y REEKERS, M. (2016). *Anestesia intravenosa: Vol. 30. Anestesia intravenosa* (30ª ed.). Elsevier. [https://teleduccion.medicinaudea.co/pluginfile.php/179067/mod\\_resource/content/1/30.%20Anestésicos%20Endovenosos.pdf#:~:text=La%20disolución%20original%20de%20propofol,introdujo%20de%20nuevo%20en%201986](https://teleduccion.medicinaudea.co/pluginfile.php/179067/mod_resource/content/1/30.%20Anestésicos%20Endovenosos.pdf#:~:text=La%20disolución%20original%20de%20propofol,introdujo%20de%20nuevo%20en%201986) (Obra original publicada en 2016)
- Avila, L. M., Tabares, M. y Londoño, M. P. (2021). Síndrome de infusión por propofol: revisión de tema. *Revista Javeriana*, 62(2), 10. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/32489/25570>
- Martinez, V., Angulo, M. y Marcelo Barbato. (2017). Síndrome por infusión de propofol: reporte de un caso. *Rev Méd Urug*, 33(3), 211–213. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v33n3/1688-0390-rmu-33-03-00126.pdf>
- Mukerji, S. (2020, 7 de agosto). *Los efectos neurológicos de la sedación en los pacientes con el COVID-19*. Massachusetts General Hospital. <https://www.massgeneral.org/es/coronavirus/efectos-neurologicos-de-la-sedacion-en-los-pacientes-con-el-covid-19>
- López N, Correa A, Ammann R, Diettes A, Riveros R, Torres F. Síndrome por Infusión de Propofol en un caso de estatus epiléptico refractario. *Revista chilena de pediatría*. 2018;(ahead).
- Torres M. Medigraphic - Literatura Biomédica [Internet]. Fisiopatología del daño multiorgánico en la infección por SARS-CoV-2; 26 de mayo de 2020 [consultado el 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201f.pdf>
- Inicio | Cochrane Iberoamérica [Internet]. Complicaciones graves de la infección por SARS-CoV-2: mecanismos de acción patógena y opciones terapéuticas; 24 de abril de 2020 [consultado el 14 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://es.cochrane.org/es/complicaciones-graves-de-la-infección-por-sars-cov-2-mecanismos-de-acción-patógena-y-opciones>

10. Bravo A, Valera M. SARS-CoV-2 y pandemia del síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharm.* 30 de marzo de 2020;61(2):63-79.
- Camelo Pardo G , Ruiz Hernández G , Jiménez Orduz A , Archila Tibaduiza LJ, Síndrome por Infusión de Propofol, una perspectiva en las Unidades de Cuidado Intensivo. revista electrónica, *Anestesiario* ; [ consultado el 20 mayo de 2022] Disponible en: [https://anestesiario.org/2022/sindrome-por-infusion-de-propofol-una-perspectiva-en-las-unidades-de-cuidado-intensivo/?utm\\_source=rss&utm\\_medium=rss&utm\\_campaign=sindrome-por-infusion-de-propofol-una-perspectiva-en-las-unidades-de-cuidado-intensivo](https://anestesiario.org/2022/sindrome-por-infusion-de-propofol-una-perspectiva-en-las-unidades-de-cuidado-intensivo/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=sindrome-por-infusion-de-propofol-una-perspectiva-en-las-unidades-de-cuidado-intensivo)
- Soler-Rodenas, E. Manero, L. Marruecos, M.A. Mangués, Rabdomiolisis y acidosis metabólica asociada al uso de propofol [internet] revista virtual Elsevier.es [consultado 18 de mayo de 2022] DOI: 10.1016/j.farma.2009.09.008
- Breidy Baltodano Torres, María Angélica Montero, Luis Felipe Loaiza Sáenz, Síndrome por infusión de propofol en la población general, revista, electrónica de portales médicos.com, [consultado el 20 de mayo de 2022] disponible en : <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-por-infusion-de-propofol-en-la-poblacion-general/>
- Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. *Pediamécum*. Edición 2015. ISSN 2531-2464. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/propofol>. Consultado el 20/05/2022
- Carlos Romero P, Mónica Morales R, Luisa Donaire R, Osvaldo Llanos V, Rodrigo Cornejo R, Ricardo Gálvez A, José Castro O, Acidosis láctica severa asociada a infusión de propofol. Caso clínico, *Revista médica de Chile* [internet] [consultado 20 de mayo de 2022] disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100011>
- Yovaldy Barrio Cruz. Síndrome por infusión de propofol en un adolescente revista médica scielo [internet] consultado el 22 de mayo de 2022] disponible en: <http://orcid.org/0000-0002-6531-2959>
- Guillermo Galeotti, Farmacocinética del propofol en infusión, Artículo de educación continua [internet] disponible en: [https://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/1/1/1294/c.pdf](https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1294/c.pdf)

Tovar, Basurto, P. Importancia del síndrome por infusión de Propofol en el servicio de urgencias, [internet] disponible en: <https://emergiendo.org/importancia-del-sindrome-por-infusion-de-propofol-en-el-servicio-de-urgencias/>

Jordi Bañeras, Cora Olivero, Montserrat Bosch, Rosa Maria Lidón, José Barrabés, David García-Dorado, Hipotermia terapéutica, propofol y lactato elevado: una combinación sospechosa, revista española de cardiología, [internet] disponible en: DOI: 10.1016/j.recesp.2017.05.012

Jorge Álvarez López , Jesús Flores González, Antonio Fernández Leal, Vanesa Gallego Villalvilla, Mercedes Martínez García, Diagnóstico clínico y cuidados asociados al Síndrome de Infusión de Propofol, II congreso virtual internacional SEEUE, [internet] disponible en : <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/68.pdf>