

V JORNADA DE CUIDADOS PALIATIVOS

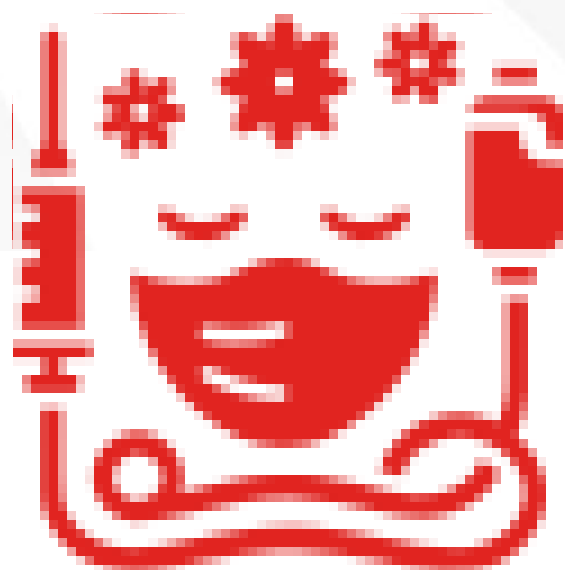
**28 FEB
01 MAR
2025**

MADRID

HOTEL NH VENTAS



PROPOFOL EN SEDACIÓN PALIATIVA



Almudena Gutiérrez López
MIR Medicina Interna Albacete
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Antecedentes personales



♀ 56



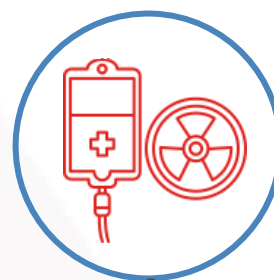
PREVIOS

No alergias conocidas.
Psoriasis. No hábitos
tóxicos.



DICIEMBRE 2022

Dx **carcinoma
epidermoide vulvo-
cervical**. Vulvectomy
elíptica más
linfadenectomía bilateral
+ **RT adyuvante**.



JUNIO 2023

Recidiva inguinal
derecha (confirmada por
BAG), considerada
irresecable. Inició QT con
cisplatino-taxol-
bevacizumab (este
último suspendido desde
el segundo ciclo por
úlceras).



NOVIEMBRE 2023

PET-TAC con **nódulos**
hipermetabólicos en
labios mayores y cara
interna de muslo
derecho.
Tras tres ciclos, se
suspende la QT por
progresión clínica
(edema y dolor muslo
derecho) y **crecimiento**
de úlceras cutáneas e
inguinales. Inició
cemiplimab (tres ciclos).



DICIEMBRE 2023

Ingreso por sangrado de
úlceras tumorales, con
progresión de masa
necrótica con gran
ulceración y trombosis
venosa a dicho nivel.
Recibió RT hemostática
(20 Gy). Tras el último
ciclo la paciente decidió
**no continuar el
tratamiento específico**.



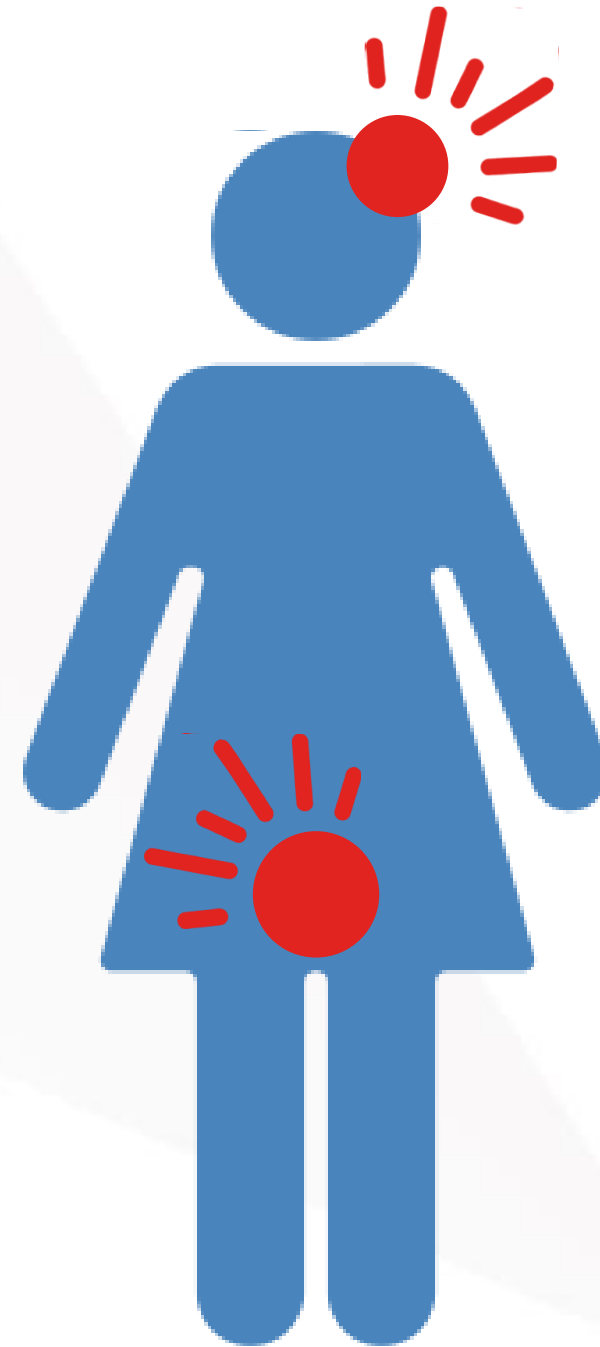
ENFERMEDAD ACTUAL

Presenta mal control del dolor basal a nivel **suprapúbico y vulvar**, con exacerbaciones EVA 9-10 en relación con la micción que precisa 6 rescates diarios.

Tratamiento:

- Metamizol 2 cp/6h
- MST 60mg/12h
- Rescates con sevredol 10mg s/p
- Lidocaína tópica para las curas locales.
- Mirtazapina 15mg 1 cp/24h.
- Duloxetina 30mg 1 cp/24h.

Tras múltiples visitas, se decide ingreso para **sedación paliativa** por **sufrimiento existencial** y **dolor** mal controlado.



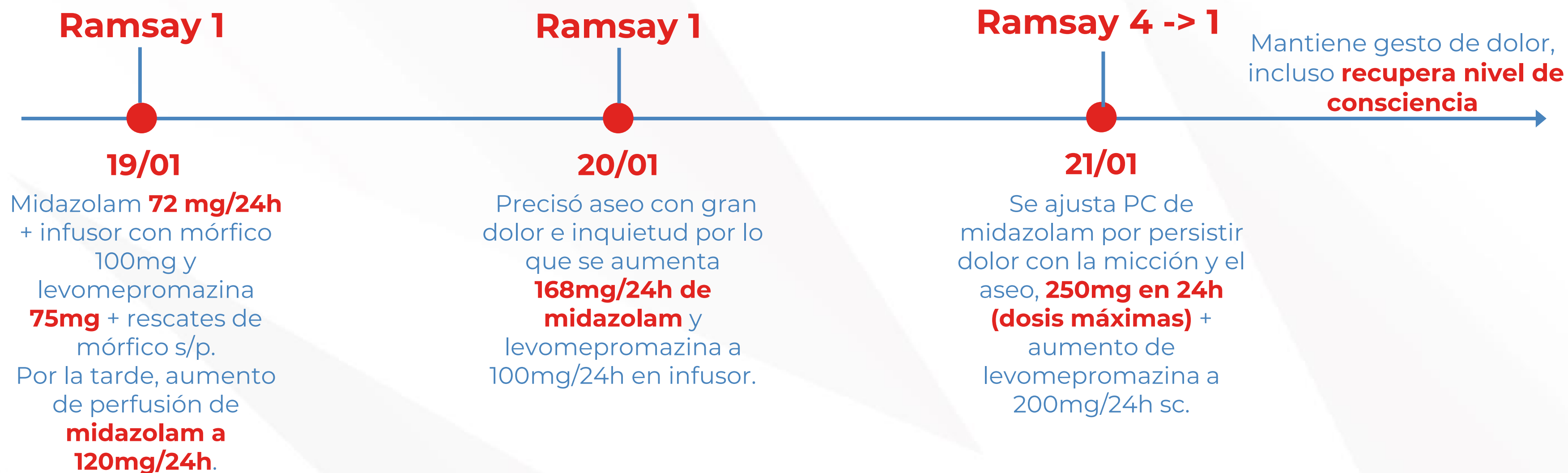
EXPLORACIÓN FÍSICA

ECOG 3, Karfnosky 40, PPS 40.

Lesiones ulceradas en pliegue **inguinal**, **labios mayores** y cara interna de **muslo** derecho, con alguna lesión contralateral.



Evolución





Evolución

1



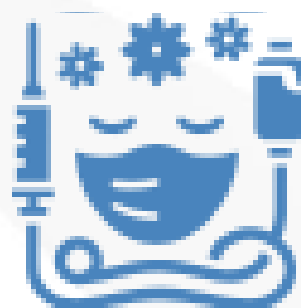
Comenzamos PC a 3 ml/h de **propofol** 1% -> **30mg/h**
Añadida a la perfusión de midazolam a dosis plenas 250mg/24h + levomepromazina a 200mg y 130mg de mórfico en infusor + butilescopolamina por inicio de secreciones.

2



Sin bolo de inducción.

3



Se aumentó perfusión a **50mg/h** y se reduce perfusión de midazolam. Curas y micción **ya no dolorosas**.

Se mantiene tranquila, Ramsay 6, por lo que se continúa el tratamiento.

El 24/01 se certifica **exitus** 4:50h.

Sobre el propofol



Rápido alivio sintomático por **rápido inicio de acción** (5 minutos). Fácil titulación. **Vida media corta** (30 minutos). Efecto antiemético.



Riesgo de **depresión respiratoria y apnea**.

Factores que influyen en el poco uso de propofol



Protocolos basados en **pacientes no paliativos**.



Edad, desnutrición, **interacciones medicamentosas**,
cáncer y otros factores.



Las dosis de inducción **no** están claramente **establecidas**.



Inseguridad.



Miedo a los **efectos adversos**.



Necesidad de personal experimentado.



Administración únicamente por **vía venosa**.

Sobre el propofol



1995 > **primeros casos descritos** de sedación paliativa con propofol. Moyle et al plantea necesidad de creación un **protocolo**.

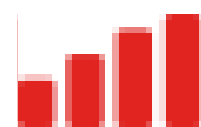
2024 > García Romo plantea **al fin** un protocolo para el uso del propofol en **UCP**.



Infusión de inicio a **dosis bajas** (20-30 mg/h) y aumento gradual.



Bolo inicial **opcional** de propofol (0,4-0,5 mg/kg) durante la inducción.



El nivel de sedación se midió utilizando la Escala de **Ramsay**.

Características de los pacientes añadidos en distintos estudios de sedación paliativa con propofol.

	14/8	2/2	Mujer
	54.36 años	51.5 años	56 años
Indicación de sedación	8 sufrimiento existencial 6 delirium hiperactivo etc	2 sufrimiento existencial 2 multifactorial	Sufrimiento existencial Dolor mal controlado
	16 pacientes con midazolam, 9 de ellos asociado levomepromazina	4 midazolam, 3 de ellos asociaban levomepromazina	Midazolam + Levomepromazina
	Mediana: 26h	Mediana: 180h	57h
Series de casos + nuestro caso	Garcia Romo E, Pfang B, Valle Borrego B, et al. Successful Use of Propofol After Failed Palliative Sedation in Patients With Refractory Symptoms. J Palliat Med. 2024	Sedación paliativa con propofol en una unidad de cuidados paliativos de un hospital de tercer nivel. Med Paliat. 2019; 26(4): 280-289 / DOI: 10.20986/medpal.2019.1070/2019.	Nuestra paciente

Jóvenes

Sufrimiento existencial

Combinación previa

Sedación prolongada



Conclusiones



El propofol es un fármaco **poco usado** en el ámbito de los **Cuidados Paliativos**.



Los pacientes suelen ser **más jóvenes** y tienen una sedación **más prolongada**. Destaca el elevado componente de **sufrimiento existencial**.



Es necesaria una **mayor difusión** en el empleo del propofol.



Planteamos **registro nacional** de sedaciones complicadas.



Por aclarar: bolo de inducción, retirada de midazolam, dosis concomitante con propofol.





JORNADA DE CUIDADOS PALIATIVOS

28 FEB
01 MAR
2025

MADRID

HOTEL NH VENTAS



MUCHAS GRACIAS



✉ Contacto: almu.gl.95@gmail.com



1. Garcia Romo E, Pfang B, Valle Borrego B, Lobo Antuña M, Noguera Tejedor A, Rubio Gomez S, et al. Successful Use of Propofol After Failed Palliative Sedation in Patients With Refractory Symptoms. Journal of Palliative Medicine [Internet]. 8 de julio de 2024 [citado 4 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2023.0672>
2. Sedación paliativa con propofol en una unidad de cuidados paliativos de un hospital de tercer nivel.
3. Med Paliat. 2019; 26(4): 280-289 / DOI: 10.20986/medpal.2019.1070/2019.
4. Cherny NI, ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. An Oncol. 2014;25:143-52.
5. Cherny N. Palliative sedation. En: Smith T, Savarese D (eds.). UpToDate, Waltham (MA): UpToDate; 2018.
6. Benítez-Rosario MA. Sedación paliativa. En: Benítez-Rosario MA, González Guillermo T (eds.). Tratamientos protocolizados en Cuidados Paliativos. Madrid: YOU & US, SA. editores; 2010. p. 353-66.
7. Cheng C, Roemer-Becuwe C, Pereira J. When midazolam fails. J Pain Symptom Manage. 2002;23:256-65.
8. Moyle J. The use of propofol in palliative medicine. J Pain Symptom Manage. 1995;10:643-6.
9. Mercadante S, de Conno F, Ripamonti C. Propofol in terminal care. J Pain Symptom Manage. 1995;10:639-42.
10. Lundström S, Zachrisson U, Furst CJ. When nothing helps: Propofol as sedative and antiemetic in palliative cancer care. J Pain Symptom Manage. 2005;30:570-7.
11. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ Jr: Sedation for intractable distress of a dying patient: Acute palliative care and the principle of double effect. Oncologist. 2000;5:53-62.