



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados al intoxicado agudo por  
fentanilo

Care plan for the severely fentanyl  
intoxicated person

Autor

Paula García Álvaro

Director/es

Juan José Aguilón Leiva

Facultad de Ciencias de la Salud

Año 2023-2024



## Agradecimientos

Me gustaría comenzar expresando mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido de manera significativa a la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

En primer lugar, agradecer a mi tutor, Juan José Aguilón Leiva, cuyos consejos, dedicación y compromiso, han sido fundamentales para inspirarme en la realización de este proyecto. Sus sugerencias constructivas y su amplio conocimiento, han facilitado mi camino y aprendizaje a lo largo de estos meses.

Agradezco también a mi familia, en especial a mis padres, por su apoyo incondicional, sacrificio y motivación para alcanzar mis metas. Su presencia constante ha sido fundamental durante todos estos años de estudio.

No puedo olvidar mencionar a mis amigos/as. Su compañía, risas y ánimo han hecho que este camino sea mucho más llevadero y memorable. Su amistad ha sido una fuente de alegría en los momentos más difíciles de la carrera.



# Índice

Resumen.....	
Abstract.....	
1. Introducción .....	1
2. Justificación.....	4
3. Objetivos .....	5
3.1. Objetivo principal .....	5
3.2. Objetivos específicos .....	5
4. Metodología .....	6
<i>Tabla 1. Bases de datos utilizadas para la revisión bibliográfica.</i> .....	6
5. Desarrollo .....	7
5.1. Valoración.....	7
5.2. Diagnósticos.....	11
<i>Tabla 2. Diagnósticos reales y diagnósticos de riesgo.</i> .....	11
5.3. Planificación.....	12
<i>Tabla 3. Diagnóstico 1. Patrón Respiratorio ineficaz</i> .....	12
<i>Tabla 4. Diagnóstico 2. Náuseas</i> .....	14
<i>Tabla 5. Diagnóstico 3. Riesgo de confusión aguda</i> .....	15
<i>Tabla 6. Diagnóstico 4. Riesgo de síndrome de abstinencia agudo.</i> .....	16
5.4. Ejecución.....	17
<i>Tabla 7. Actividades dirigidas al estado respiratorio y hemodinámico.</i> .....	17

<i>Tabla 8. Procedimientos dirigidos a una completa monitorización del estado respiratorio.....</i>	17
<i>Tabla 9. Actividades dirigidas al manejo de las náuseas .....</i>	18
<i>Tabla 10. Actividades destinadas a la prevención y tratamiento de consumo de sustancias nocivas .....</i>	19
<i>Tabla 11. Actividades dirigidas a la correcta administración de la mediación intravenosa [I.V.] .....</i>	20
6. Evaluación.....	21
7. Actuaciones a evitar en la intoxicación aguda por fentanilo .....	21
8. Conclusiones .....	23
9. Bibliografía.....	24
10. Anexos.....	29
Anexo I. 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson.....	29
Anexo II. Escala Visual Analógica [EVA] .....	30
Anexo III. Escala de Pfeiffer.....	30
Anexo IV: Richmod Agitation Scale [RASS].....	31
Anexo V. Mini-Mental State Examination [MMSE].....	32
Anexo VI. 5 actuaciones a evitar en la atención al intoxicado por fentanilo .....	34



## Resumen

**Introducción:** El fentanilo es un opioide sintético utilizado en la práctica clínica para el alivio del dolor. Este opiáceo, a su vez, está asociado a casos de sobredosis por el consumo ilegal y excesivo del mismo. Los principales síntomas de una intoxicación se denominan “Triada” y el método de revertirlos es gracias a la naloxona, el antídoto. Por lo tanto, es necesario adoptar medidas preventivas, así como un seguimiento multidisciplinar ofreciendo una atención integral al paciente.

**Objetivo principal:** El objetivo principal de este trabajo es diseñar un plan de cuidados estandarizado para el cuidado y tratamiento de una intoxicación aguda por fentanilo en un paciente atendido en el Servicio de Urgencias

**Metodología:** Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica haciendo uso de bases de datos y buscadores académicos. En cuanto a la realización del plan de cuidados se ha seguido el modelo de valoración de las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson y se ha consultado la página “NNN Consult” para la búsqueda de las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

**Conclusión:** La aplicación de este plan de cuidados está destinada a potenciar las estrategias de intervención y de prevención, a través de un enfoque integral, dirigidas a abordar la intoxicación aguda por fentanilo, con el fin de reducir la morbimortalidad en pacientes que sufren este tipo de intoxicación.

**Palabras clave:** “Fentanilo”, “intoxicación aguda”, “opioide”, “naloxona”, “terapia” y “tratamiento”.

## Abstract

**Introduction:** Fentanyl is a synthetic opioid used in clinical practice for pain relief. This opioid, in turn, is associated with cases of overdose due to its illegal and excessive consumption. The main symptoms of intoxication are referred to as the "Triad," and the method to reverse them is through naloxone, the antidote. Therefore, it is necessary to adopt preventive measures, as well as multidisciplinary follow-up, offering comprehensive patient care.

**Main objective:** The main objective of this work is to design a standardized care plan for the care and treatment of acute fentanyl intoxication in a patient attended to in the Emergency Department.

**Methodology:** For the elaboration of this work, a bibliographic search has been carried out using databases and academic search engines. Regarding the development of the care plan, the assessment model of the 14 basic needs according to Virginia Henderson has been followed, and the "NNN Consult" page has been consulted for the search of NANDA, NOC, and NIC taxonomies.

**Conclusion:** The implementation of this care plan aims to enhance intervention and prevention strategies through a comprehensive approach aimed at addressing acute fentanyl intoxication in order to reduce morbidity and mortality in patients experiencing this type of poisoning.

**Keywords:** "Fentanyl," "acute intoxication," "opioid", "naloxone", "therapy" and "treatment".

## 1. Introducción

Los opioides son un grupo farmacológico usado en la práctica clínica para el alivio del dolor moderado o intenso. Existen 2 tipos de opioides, los endógenos o producidos por el propio organismo y los exógenos o administrados de forma externa, uniéndose todos ellos a receptores específicos denominados mu, kappa, delta y nociceptina. Asimismo, los opioides se clasifican en agonistas puros, agonistas-antagonistas, agonistas parciales y antagonistas. Los principales opioides son la heroína, el fentanilo y algunos analgésicos como la oxicodeona, la hidrocodona, la codeína, la morfina y la oximorfona (California Department of Public Health [CDPH], 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

El fentanilo es un fármaco opiáceo sintético, siendo un potente analgésico y anestésico. Actúa mediante una unión a receptores opioides de diferentes áreas del cerebro que controlan el dolor y las emociones (Stanley, 2014). El fentanilo es considerado cincuenta veces más fuerte que la heroína y cien veces más fuerte que la morfina (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2021), pudiendo diferenciarse dos tipos de fentanilo (Álamo et al., 2017). Por un lado, el fentanilo farmacéutico, el cual es prescrito por profesionales de medicina para el alivio del dolor intenso, especialmente tras procedimientos quirúrgicos o en fases avanzadas del cáncer (Shen et al., 2021). Gracias a su empleo en las cirugías cardíacas y vasculares, la popularidad de este fármaco alcanzó su punto álgido en la década de 1970. Aunque el método más empleado en la práctica clínica es la administración intravenosa, existen otras formas como la vía oral, la transdérmica, la sublingual y la vía intranasal (Rodríguez y Barrón, 2023).

El otro tipo de fentanilo es el fabricado ilícitamente, el cual está asociado a los casos de sobredosis por fentanilo, ya que se distribuye de manera ilegal en el mercado de drogas ilegales con fines delictivos (Centros para el control y la prevención de enfermedades [CDC], 2023).

Además, el fentanilo es usado como adulterante de otras drogas de abuso, lo cual representa un riesgo añadido para los consumidores, ya que su potencia y desconocimiento lo hacen extremadamente peligroso. El fentanilo se usa como adulterante en drogas como heroína, cocaína y anfetaminas (Nicolás Ruiz, 2015).

A raíz del uso de fentanilo como droga ilegal, aparecieron otros análogos como, por ejemplo, el acetilfentanilo, el butirfentanilo, el furanilfentanilo, el ocfentanilo, el acrilfentanilo y el para-fluo-roisobutirfentanilo.

El fentanilo fabricado ilícitamente puede presentarse en líquido y en polvo. Las preparaciones en polvo son la forma más común de administración y combinado con otras drogas depresoras del sistema nervioso central como la heroína, se consigue una potencia mayor. Por el contrario, la combinación con drogas estimulantes como la cocaína, contrarresta la potencia del fentanilo (CDC, 2023). Asimismo, el fentanilo en polvo se puede utilizar para la fabricación de pastillas -denominadas pastillas falsificadas-, cuyo objetivo es sustituir medicamentos legales existentes en el mercado y facilitar su adquisición de manera clandestina y por internet (Departamento de Justicia, 2021). Por su parte, el fentanilo en líquido es consumido por vía intranasal, ocular o transdérmica (CDC, 2023).

Según el Informe Mundial sobre las Drogas del año 2022, de la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas [UNODC], la mayor parte del fentanilo fabricado ilícitamente se elaboró en América del Norte. Así, la primera vez que se detectó esta droga fue en EEUU, concretamente en el año 1979, y con el nombre de “China White” o “China Blanca” (Rodríguez y Barrón, 2023). Este compuesto estaba formado por dos potentes opioides. Por un lado, el fentanilo, fabricado en laboratorios y por otro lado la heroína, obtenida a partir de la amapola (Rodríguez y Barrón, 2023).

Entre 2014 y 2020, los opioides sintéticos estuvieron implicados en múltiples muertes por sobredosis de drogas en los Estados Unidos. Así, la Administración de Control de Drogas [DEA], agencia del Departamento de Justicia de los Estados Unidos dedicada a la lucha contra el contrabando y el consumo de drogas, determinó que el mercado de drogas fabricadas con fentanilo ilícito predominaba sobre el de heroína, siendo el responsable del 60% de las muertes por sobredosis (Rodríguez y Barrón, 2023).

Los consumidores de fentanilo describen que, la sedación, la sensación de bienestar, la extrema felicidad, la desmedida euforia, el estado confusional, la relajación o la somnolencia son algunos de los efectos placenteros que les provoca esta droga. Sin embargo, en las sobredosis por fentanilo aparecen síntomas graves como la denominada “Triada” que incluye la depresión respiratoria, pupilas puntiformes y la disminución del nivel de conciencia

(Torres y Aguilón, 2016). Además, estos pacientes también pueden presentar retención aguda de orina, náuseas o estreñimiento, entre otros (American Society of Health-System Pharmacists [ASHP], 2023).

Estas intoxicaciones pueden constituir una emergencia vital, sobre todo, debido a la depresión respiratoria. Es por ello que, se precisa de un soporte ventilatorio adecuado hasta la recuperación espontánea de la respiración, ya que no siempre se obtiene una respuesta inmediata a la administración del antídoto (Nogué Xarau, 2019). La monitorización de la frecuencia respiratoria y de la pulsioximetría resulta imprescindible para evaluar la correcta oxigenación del paciente. La naloxona es el antagonista específico de los opioides y, por tanto, también de las sobredosis por fentanilo. Este antídoto se indica en aquellos pacientes que presentan un resultado en la Escala de Coma de Glasgow por debajo de 12 puntos y/o presentan depresión respiratoria (Nogué Xarau, 2019; Nelson y Olsen, 2019).

La administración de naloxona puede realizarse por vía intranasal, intramuscular, subcutánea o intravenosa. Su empleo puede ocasionar riesgos perjudiciales para la salud, siendo el más destacable el síndrome de abstinencia. Por ese motivo, las últimas recomendaciones incluyen la administración de dosis iniciales inferiores a 0,4 mg en personas consumidoras habituales de opiáceos. La administración de dosis elevadas de naloxona, puede ocasionar hipertensión, arritmias cardíacas, edema pulmonar y parada cardíaca (Nelson y Olsen 2019; Nogué Xarau, 2019). Las posibles futuras complicaciones pulmonares asociadas a la apnea, pueden atribuirse a la brusca reversión medicamentosa sin un adecuado soporte ventilatorio, por lo que la máxima prioridad es la ventilación y la oxigenación, mientras se realiza una administración cuidadosa de la naloxona para revertir la posible depresión respiratoria (Silvilotti, 2015).

Posterior a su recuperación, conviene tener en cuenta un seguimiento multidisciplinar que el paciente debe recibir, una atención integral, que incluya tratamiento no farmacológico, técnicas de apoyo psicológico y rehabilitación (Van Dorp et al., 2007; Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios [CIMA], 2018).

## 2. Justificación

La intoxicación aguda por fentanilo es un tema de gran relevancia para la salud pública. En los últimos años, en Estados Unidos han aumentado los casos y la proporción de muertes relacionados con esta droga de abuso (Friedman y Shover, 2023). Existen antecedentes que evidencian que lo que sucede en Estados Unidos suele difundirse posteriormente en Europa, y es posible que este fenómeno también tenga un impacto similar en España. Un ejemplo de esto es que, desde su aparición en 1968, los opioides sintéticos, especialmente el fentanilo, han sido identificados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos [CDC] como los principales causantes de las muertes por sobredosis, principalmente entre los años 2015 y 2021 (Puerro-Vicente, 2023). De acuerdo con esto, en España, el consumo de fentanilo, especialmente entre los usuarios de opioides, ha experimentado un notable aumento, pasando del 1,9% en 2018 al 14% en 2022 (Alonso Pascual, 2023). Por tanto, el propósito de este trabajo es ofrecer orientación y conocimiento acerca de los cuidados y tratamiento para estos pacientes, de manera que sean útiles para los profesionales sanitarios que trabajan en los Servicios de Urgencias de los hospitales españoles, preparándolos para actuar de manera proactiva en lugar de enfrentarse a una situación imprevista.

### 3. Objetivos

#### 3.1. Objetivo principal

El objetivo principal de este trabajo es diseñar un plan de cuidados estandarizado para el cuidado y tratamiento de una intoxicación aguda por fentanilo en un paciente atendido en el Servicio de Urgencias.

#### 3.2. Objetivos específicos

- Identificar los signos y síntomas característicos de la intoxicación aguda por fentanilo para facilitar su detección y diagnóstico tempranos.
- Determinar los principales diagnósticos enfermeros, junto con sus resultados e intervenciones correspondientes, según la taxonomía NANDA, NOC y NIC.
- Elaborar un listado con 5 medidas a evitar para pacientes que sufren una intoxicación aguda por fentanilo.

## 4. Metodología

El trabajo consistió en la realización de un plan de cuidados sobre la intoxicación aguda por fentanilo, realizado a partir de una revisión bibliográfica y siguiendo el modelo de las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson para la realización de la valoración. Así mismo, se utilizó la taxonomía NANDA, NOC Y NIC para el diagnóstico, intervención y resultados.

Para la revisión bibliográfica se consultaron las bases de datos Sciedirect, PubMed, Scielo y Medline (Tabla 1). La búsqueda abarcó los años comprendidos entre 2003 hasta 2024 y se utilizaron las palabras clave “fentanilo”, “opioide”, “intoxicación aguda”, “opioid”, “naloxone”, “therapy”, “treatment” y “fentanyl” y el operador booleano “AND”. También, se consultaron diversas páginas web como la OMS, la Fundación Española de Toxicología Clínica y la página National Institute of Drug Abuse [NIDA] entre otras. Los criterios de inclusión utilizados fueron “texto completo gratuito”, “artículos en español e inglés” y “artículos comprendidos entre 2003 y 2024”, mientras que los criterios de exclusión fueron “artículos anteriores a 2003” y “artículos sobre otro tipo de droga de abuso diferentes a los opiáceos”.

Tabla 1. Bases de datos utilizadas para la revisión bibliográfica.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE Y OPERADORES BOOLEANOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
MEDLINE	“Fentanilo”	138	1
SCIENCEDIRECT	“Opioid” AND “Therapy” AND “Treatment” AND “Naloxone”	270	1
SCIELO	“Fentanilo” AND “Opioide”	146	4
PUBMED	“Naloxone” AND “Treatment” AND “Opioid”	164	2
PUBMED	“Fentanyl”	667	1
ELSEVIER	“Intoxicación” AND “Opioide”	114	1

Para el plan de cuidados se ha seguido el modelo de valoración de las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson (Anexo I). Además, se ha consultado la página “NNN Consult” para la búsqueda de las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

## 5. Desarrollo

### 5.1. Valoración

Durante el primer encuentro con el paciente que llega al Servicio de Urgencias debido a una intoxicación por fentanilo, se lleva a cabo una rápida evaluación inicial utilizando el método ABCDE. La letra "A" se refiere a la vía aérea (Airway), la "B" evalúa la respiración (Breathing), para determinar la ventilación y oxigenación. La "C" corresponde a la circulación (Circulation), donde se examina la hemodinámica del paciente. La "D" se relaciona con el estado de discapacidad física o neurológica (Disability), y, por último, la "E" aborda la exposición (Exposure) del paciente, que incluye una revisión completa del mismo (Vera Bailón et al., 2018).

Para realizar la valoración del paciente, se van a emplear las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (Vázquez Chozas, 2022):

#### 1. Respirar normalmente.

Para valorar al paciente se requerirá una vigilancia continua del estado hemodinámico del mismo en el Servicio de Urgencias, incluyendo la frecuencia cardíaca [FC], saturación de oxígeno [SatO<sub>2</sub>], presión arterial [PA] y frecuencia respiratoria [FR]. Esta monitorización es crucial ya que el fentanilo podría provocar depresión del sistema respiratorio, un síntoma distintivo de la llamada "Triada" (Torres y Aguilón, 2016).

La evaluación del tórax es importante para detectar asimetrías o bradipnea, que puede evolucionar hacia la apnea. Además, es esencial evaluar la permeabilidad de la vía aérea y la presencia de secreciones. Es fundamental seguir valorando estos aspectos de forma regular para prevenir o detectar complicaciones como la broncoaspiración, el edema pulmonar o el coma, debido a la depresión respiratoria (Gainza et al., 2003).

2. Comer y beber adecuadamente.

La depresión del sistema nervioso central en pacientes intoxicados con fentanilo, puede causar daños al sistema digestivo. Es importante evaluar la presencia de síntomas como náuseas, vómitos o estreñimiento, que pueden indicar disfunción digestiva. Los profesionales de enfermería supervisarán la nutrición, el balance hidroelectrolítico, así como la utilización de sondas rectales o sonda nasogástrica, según sea necesario. Esta última es crucial tanto para la nutrición como para la prevención de complicaciones, como la broncoaspiración, una de las más comunes (Gainza et al., 2003).

3. Eliminar por todas las vías corporales.

Se tienen en cuenta como indicadores relevantes la alteración en el funcionamiento del intestino (íleo intestinal, incontinencia fecal), la apariencia de las heces y la presencia de reflujo gástrico. Mantener un adecuado control de la diuresis, es esencial para mantener el equilibrio de líquidos. Según el nivel de conciencia del paciente, se considerará la colocación de una sonda vesical (Gainza et al., 2003).

4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

La movilidad del paciente puede sufrir alteraciones debido a lesiones neurológicas causadas por la depresión del sistema nervioso central. Para evaluar el estado neurológico, se utilizará la Escala de Coma de Glasgow, observando la respuesta, tamaño y simetría de las pupilas, siendo las pupilas puntiformes un indicador típico de la "Triada" característica de una intoxicación por fentanilo (Torres y Aguilón, 2016). Esta situación podría indicar la necesidad de valorar, a su vez, la presión intracranal [PIC], ya que un incremento en ésta podría resultar en edema cerebral o episodios convulsivos (Gainza et al., 2003).

5. Dormir y descansar.

La evaluación de los trastornos del sueño en pacientes se lleva a cabo mediante métodos subjetivos como las escalas. Sin embargo, la depresión del sistema nervioso central debido al consumo de sustancias adictivas, dificulta el análisis de la calidad del sueño de esta manera, dado el deterioro en el nivel de conciencia del paciente. Además, existen métodos objetivos como la actigrafía y la polisomnografía, que proporcionan información sobre la calidad y cantidad de sueño del paciente (Soto et al., 2015).

6. Escoger ropa adecuada. Vestirse y desvestirse.

La intoxicación aguda por fentanilo puede llevar a una reducción en el nivel de conciencia del paciente, lo que hará que tenga dificultades para moverse, vestirse y desvestirse y, por lo tanto, para escoger la ropa adecuada.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Es esencial realizar la toma de temperatura en pacientes que experimentan una intoxicación aguda por fentanilo con el fin de prevenir la hipotermia, ya que uno de los signos característicos de una sobredosis por esta droga es la presencia de la piel fría y húmeda, así como con una temperatura corporal inferior a los 35°C (Gainza et al., 2003).

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

La piel húmeda y fría, común en casos de intoxicación por fentanilo, puede aumentar el riesgo de irritación y deterioro de la integridad de la piel. Mantener una higiene adecuada puede ayudar a prevenir la aparición de infecciones. Además, la movilidad reducida asociada a la depresión del sistema nervioso central, puede aumentar el riesgo de úlceras por presión y lesiones cutáneas. Por lo tanto, es esencial proporcionar cambios de posición regulares y cuidado de la piel para prevenir estas complicaciones (Gainza et al., 2003).

9. Evitar peligros ambientales y evitar lesiones a otras personas

En pacientes que pueden expresar su malestar, se pueden utilizar herramientas como la Escala Visual Analógica [EVA] para evaluar el dolor, donde se califica del 1 al 10, siendo 10 el dolor máximo (Anexo II). Además, se puede emplear el Cuestionario de Pfeiffer para evaluar el deterioro cognitivo, donde una puntuación de 10 indica un deterioro severo (Anexo III). Para aquellos que no pueden comunicarse debido a una disminución en su nivel de conciencia, habría que observar su lenguaje corporal para detectar signos de malestar. Mientras tanto, en lo que respecta a la seguridad del paciente, se evaluará su nivel de sedación mediante la Escala de Agitación de Richmond [RASS] (Anexo IV). Esta escala de 10 puntos, que va desde -5 hasta 4, proporciona una visión de los niveles de sedación y agitación, así como del estado de alerta del paciente (Physiopedia, 2024).

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones.

En pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por una intoxicación por fentanilo, la comunicación se vuelve necesaria para entender sus necesidades físicas y emocionales. Aunque esta puede afectar a su nivel de conciencia y dificultar la expresión, es esencial establecer canales de comunicación, a través de estímulos, para promover el bienestar del paciente.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

Es esencial que el personal de enfermería atienda esta necesidad si el paciente está consciente, respetando sus valores y creencias. Se debe prestar especial atención a cómo estos principios pueden servir como un apoyo para ayudar a las personas a enfrentar y adaptarse a su situación actual o futura (Ramos Morcillo et al., 2010).

12. Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal

Durante su estancia en el Servicio de Urgencias, no se puede valorar la realización personal del paciente. En un futuro, el paciente tiene que valorar su tolerancia al estrés, los patrones de conducta, las capacidades y actividades y las respuestas positivas y negativas (Rodríguez Torres et al., 2010).

13. Participar en actividades recreativas.

La ausencia de actividades de ocio puede ocasionar dificultades en la recuperación de la independencia del paciente. Por ello, habría que considerar la propuesta de actividades recreativas a pacientes que estén capacitados para ello, adaptando cada una a sus necesidades y posibilidades (García Márquez et al., 2010).

14. Satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Se puede valorar la capacidad cognitiva del paciente haciendo uso de escalas como por ejemplo la escala Mini-Mental State Examination [MMSE]. Se trata de una breve prueba en

la que se evalúa la orientación temporal y espacial, la memoria, la atención y otras habilidades cognitivas (Anexo V).

## 5.2. Diagnósticos

*Tabla 2. Diagnósticos reales y diagnósticos de riesgo.*

<b>Diagnósticos reales</b>
(00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro neurológico m/p disminución de la capacidad vital.
(00134) Náuseas r/c exposición a tóxicos m/p sensación de náuseas.
<b>Diagnósticos de riesgo</b>
(00173) Riesgo de confusión aguda r/c uso inadecuado de sustancias m/p disminución del nivel de conciencia.
(00259) Riesgo de síndrome de abstinencia agudo r/c uso excesivo de una sustancia adictiva a lo largo del tiempo m/p comorbilidad significativa.

### 5.3. Planificación

Tabla 3. Diagnóstico 1. Patrón Respiratorio ineficaz.

<b>NANDA:</b> (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro neurológico m/p disminución de la capacidad vital.	
NOC	NIC
(0403) Estado respiratorio: ventilación	(6680) Monitorización de los signos vitales
(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	(3350) Monitorización respiratoria
INDICADORES	ESCALAS
(40301) Frecuencia respiratoria  (40303) Profundidad de la respiración	Escala 02 (Grado de desviación)  1. Desviación grave del rango normal  2. Desviación sustancial del rango normal  3. Desviación moderada del rango normal  4. Desviación leve del rango normal  5. Sin desviación del rango normal
(40329) Expansión torácica asimétrica	Escala 14 (Grado de un estado)  1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado

	4. Leve 5. Ninguno
(41005) Ritmo respiratorio	<p>Escala 02 (Grado de desviación)</p> <p>1. Desviación grave del rango normal</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal</p> <p>4. Desviación leve del rango normal</p> <p>5. Sin desviación del rango normal</p>
(41007) Ruidos respiratorios patológicos  (41020) Acumulación de esputos	<p>Escala 14 (Grado de un estado)</p> <p>1. Grave</p> <p>2. Sustancial</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Leve</p> <p>5. Ninguno</p>

Tabla 4. Diagnóstico 2. Náuseas.

<b>NANDA:</b> (00134) Náuseas r/c exposición a tóxicos m/p sensación de náuseas.	
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
(2106) Náuseas y vómitos: efectos nocivos	(1450) Manejo de las náuseas
(2109) Nivel de malestar	(2314) Administración de medicación intravenosa (I.V.)
<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALAS</b>
(210604) Alteración del equilibrio de líquidos  (210606) Alteración del equilibrio ácido-base  (210607) Alteración del estado nutricional	Escala 14 (Grado de un estado)  1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
(210927) Hipotermia  (210928) Náuseas  (210932) Estreñimiento	Escala 14 (Grado de un estado)  1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Tabla 5. Diagnóstico 3. Riesgo de confusión aguda.

<b>NANDA:</b> (00173) Riesgo de confusión aguda r/c uso inadecuado de sustancias m/p disminución del nivel de consciencia.	
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
(2108) Severidad de la retirada de sustancias	(4510) Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
(1904) Control del riesgo: consumo de drogas	(4500) Prevención del consumo de sustancias nocivas
<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALAS</b>
(210821) Cambio pupilar  (210837) Diaforesis  (210841) Nivel de sustancias en sangre	Escala 14 (Grado de un estado) <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ul>
(190401) Reconoce los factores de riesgo personales de abuso de drogas  (190414) Reconoce cambios en el estado general de salud  (190419) Identifica los factores de riesgo del abuso de drogas	Escala 13 (Frecuencia de aclarar por informe o conducta) <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ul>

Tabla 6. Diagnóstico 4. Riesgo de síndrome de abstinencia agudo.

<b>NANDA:</b> (00259) Riesgo de síndrome de abstinencia agudo r/c uso excesivo de una sustancia adictiva a lo largo del tiempo m/p comorbilidad significativa.	
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
(1407) Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas	(4500) Prevención del consumo de sustancias nocivas
(2108) Severidad de la retirada de sustancias	(4514) Tratamiento por el consumo de las sustancias nocivas: retirada de las drogas
<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALAS</b>
(140705) Alteración crónica de la función cognitiva (140715) Hospitalizaciones en el último año (140722) Riesgo de infección por compartir agujas	Escala 14 (Grado de un estado) 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
(210803) Irritabilidad (210804) Agitación (210801) Conducta de búsqueda de sustancias	Escala 14 (Grado de un estado) 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

## 5.4. Ejecución

Tabla 7. Actividades dirigidas al estado respiratorio y hemodinámico.

<b>Actividades dirigidas al estado respiratorio y hemodinámico</b>
Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apnéustico, atáxico y suspiros excesivos).
Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

Tabla 8. Procedimientos dirigidos a una completa monitorización del estado respiratorio.

<b>Procedimientos dirigidos a una completa monitorización del estado respiratorio</b>
Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea.
Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.
Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar la aspiración; girar al paciente en bloque si se sospecha una lesión cervical, según se indique.

*Tabla 9. Actividades dirigidas al manejo de las náuseas.*

<b>Actividades dirigidas al manejo de las náuseas</b>
Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, una escala visual analógica, las Escalas Descriptivas de Duke y el Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos.
Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y desconocimiento).
Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple dirigida, musicoterapia, distracción, acupresión) para controlar las náuseas.

*Tabla 10. Actividades destinadas a la prevención y tratamiento de consumo de sustancias nocivas.*

<b>Actividades destinadas a la prevención y tratamiento del consumo de sustancias nocivas</b>
Ayudar al paciente a tolerar el aumento de los niveles de estrés, según corresponda.
Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
Disminuir el estrés ambiental irritante o frustrante.
Recomendar cambios responsables en los planes educativos sobre el alcohol y drogas para los estadios primarios.
Disminuir el aislamiento social, siempre que sea posible.
Instruir a los pacientes sobre los efectos de la sustancia consumida (p. ej., físicos, psicológicos y sociales).
Administrar medicamentos, según la indicación.
Desarrollar un plan para la prevención de la recaída (p. ej., contrato, identificación de recursos para diversas necesidades en situación de estrés, e identificar actividades de promoción de la salud que tengan en cuenta el consumo de sustancias).
Animar a los pacientes a participar en apoyo de seguimiento (p. ej., terapia de grupo de compañeros, asesoramiento individual o familiar y programas educativos de recuperación de las drogas).

*Tabla 11. Actividades dirigidas a la correcta administración de la mediación intravenosa [I.V.].*

<b>Actividades dirigidas a la correcta administración de la medicación intravenosa [I.V.]</b>
Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
Administrar la medicación intravenosa a la velocidad adecuada.
Comprobar la presencia de infiltración y flebitis en el lugar de infusión.

## 6. Evaluación

Para evaluar el plan de cuidados y la calidad de la atención proporcionada, se emplearán los indicadores de resultados de los NOC. Estos indicadores son específicos del plan de cuidados diseñado para pacientes que sufren una intoxicación aguda por fentanilo, adaptándose a las necesidades de atención en los Servicios de Urgencias. Una mejora en algunos valores como en las constantes vitales, el estado respiratorio, el estado neurológico mediante la Escala de Coma de Glasgow y la conducta del paciente indicarán la efectividad del plan de cuidados.

## 7. Actuaciones a evitar en la intoxicación aguda por fentanilo

La calidad asistencial se define como la que es capaz de garantizar que todo paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos, terapéuticos y de cuidados más adecuados para obtener el mejor resultado y la máxima satisfacción del paciente (OMS, 2024). Así, las actuaciones a evitar son una manera de garantizar esta calidad y seguridad clínica, junto con las guías asistenciales y los indicadores de calidad (Nogué Xarau, 2019). Por lo tanto, se han elaborado 5 medidas a evitar en pacientes intoxicados por el consumo de fentanilo para mejorar la calidad asistencial de estos pacientes.

Actuación a evitar número 1: Administrar naloxona en pacientes con un buen nivel de conciencia y con una adecuada función respiratoria.

La naloxona es el antagonista específico de los opioides, por lo que se utiliza para revertir los efectos de una sobredosis por fentanilo. Su administración se recomienda en pacientes con un resultado en la Escala de Coma de Glasgow inferior o igual a 12 y también en aquellos que presenten depresión respiratoria. Por tanto, su uso está desaconsejado en situaciones en las que el paciente presente un buen nivel de conciencia y una saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria adecuadas (Nogué Xarau, 2019; Nelson y Olsen, 2019).

Actuación a evitar número 2: No considerar el tiempo de acción de la naloxona.

La administración en bolo de naloxona actúa durante aproximadamente 20 minutos, mientras que la acción del fentanilo tiene una mayor duración, por lo que existe el riesgo de que el paciente vuelva a presentar una insuficiencia respiratoria. Para evitarlo, se debe mantener la administración de naloxona a través de una bomba de perfusión continua durante horas o días (Buckley et al., 2016).

Actuación a evitar número 3: Suministrar dosis elevadas de naloxona a personas adictas a los analgésicos opiáceos.

Los pacientes que toman analgésicos opiáceos de forma habitual presentan un riesgo mayor de sufrir un síndrome de abstinencia tras la administración de naloxona. Por ese motivo, se recomienda comenzar con dosis bajas de antídoto, inferiores a 0,4 mg por vía intravenosa (Nogué Xarau, 2019; Nelson y Olsen, 2019).

Actuación a evitar número 4: Realizar de forma precipitada una intubación orotraqueal en pacientes intoxicados por fentanilo.

Durante la atención médica a pacientes intoxicados por fentanilo, el soporte de la vía aérea y la ventilación son necesarios para garantizar una estabilidad respiratoria y oxigenación adecuada. Sin embargo, las intubaciones orotraqueales no serán necesarias en la mayoría de los casos, dado que la administración de naloxona revierte la depresión respiratoria (Munné y Arteaga, 2003).

Actuación a evitar número 5: No proporcionar un soporte ventilatorio adecuado hasta la recuperación espontánea de la respiración.

La asistencia al intoxicado por fentanilo no debe basarse única y exclusivamente en la administración del antídoto, sin atender la depresión respiratoria asociada. Por ello, es fundamental ofrecer soporte ventilatorio hasta que se observe una recuperación espontánea de la respiración del paciente, manteniéndolo antes, durante y tras la administración de la naloxona (Silvilitti, 2015).

## 8. Conclusiones

1. La aplicación de este plan de cuidados en el Servicio de Urgencias, contribuye a mejorar la calidad asistencial y reducir la morbimortalidad en pacientes intoxicados por fentanilo.
2. Los pacientes que sufren una intoxicación aguda por fentanilo, presentan un estado grave de salud, lo que aumenta el riesgo de complicaciones. Por lo tanto, es esencial una vigilancia continuada para identificar rápidamente los signos y síntomas específicos.
3. La considerable tasa de mortalidad y los riesgos asociados con la intoxicación por fentanilo, requieren que los profesionales sanitarios proporcionen cuidados de calidad desde un enfoque integral.
4. La administración de naloxona como elemento clave en el tratamiento de la intoxicación por fentanilo, es esencial para mejorar los resultados clínicos, reducir la morbimortalidad y estabilizar al paciente. Su correcto uso resulta crucial para mejorar el pronóstico y la recuperación de los pacientes afectados por fentanilo en el Servicio de Urgencias.

## 9. Bibliografía

Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. (2018). *Ficha técnica naloxona B. Braun 0,4mg/ml solución inyectable y para perfusión.* [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/69533/FT\\_69533.html.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/69533/FT_69533.html.pdf).

Álamo, C., Zaragozá Arnáez, C., Noriega Matanza, C., y Torres, L. (2017). Fentanilo: una molécula y múltiples formulaciones galénicas de trascendencia clínica en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(4), 188-200. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3586/2017>.

Alonso Pascual, C. (24 de agosto, 2023). El consumo del fentanilo aumenta en España por la expansión del uso médico. *Newtral*. <https://www.newtral.es/fentanilo-espana/20230818/>.

American Society of Health-System Pharmacists. (2023). *Fentanilo*. <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a605043-es.html>.

Buckley, N. A., Dawson, A. H., Juurlink, D. N. e Isbister, G. K. (2016). Who gets antidotes? Choosing the chosen few. *National Library of Medicine*, 81(3), 402-407. doi: 10.1111/bcp.12894.

California Department of Public Health. (2019). *Las personas mayores y los medicamentos opioides recetados*. <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CCDPHP/DCDIC/SACB/Pages/Opioid%20Answers%20pages/Que-son-los-opioides.aspx>

Centros para el control y la prevención de enfermedades. (2023). *Datos sobre el fentanilo*. <https://www.cdc.gov/stopoverdose/fentanyl/es/index.html>

Departamento de Justicia. (2021). *Hoja informativa sobre las pastillas falsificadas*. [https://www.dea.gov/sites/default/files/2022-05/DEA-OPCK\\_FactSheet%20%5BSpanish%5D.pdf](https://www.dea.gov/sites/default/files/2022-05/DEA-OPCK_FactSheet%20%5BSpanish%5D.pdf)

Feijoo, D., Ginesta, E., Alambiaga-Caravaca, A. M., Azorín, M., Córcoles, E., Botella, J., Alacreu, M., Climent, M. T. y Moreno, L. (s.f.). *Mini-Mental State Examination*

[MMSE] [Imagen].

[https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/anexos/vol11\\_n1/ANEXO2.pdf](https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/anexos/vol11_n1/ANEXO2.pdf)

Friedman, J. y Shover, C. L. (2023). Gráfico de la cuarta ola: Tendencias geográficas, temporales, raciales/etnias y demográficas en las muertes por sobredosis de fentanilo de polisubsistencia en los Estados Unidos. *Wiley, Online Library*, 118, 2477-2485. <https://doi.org/10.1111/add.16318>

Gainza, I., Nogué, S., Martínez Velasco, C., Hoffman, R. S., Burillo-Putze, G., Dueñas, A., Gómez, J., y Pinillos, M. A. (2003). Intoxicación por drogas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26 (Supl. 1), 99-128. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200006)

García González, M. J. (2007). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson.* Progreso.

García Márquez, M. D., Alba Rosales, A. y Cárdenas Casanova, V. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN.* Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

Greene, S. L., Wood, D. M., Gawarammana, I. B., Warren-Gash, C., Drake, N., Jones, A. L. y Dargan, P. I. (2008). Improvement in the management of acutely poisoned patients using an electronic database, prospective audit and targeted educational intervention. *National Library of Medicine*, 997, 603-608. doi: 10.1136/pgmj.2007.066043.

IFSES. (2014). *5 claves de la escala EVA* [Imagen]. <https://ifses.es/escala-eva/>

Munné, P. y Arteaga, J. (2003). Asistencia general al paciente intoxicado. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26 (Supl. 1), 21-48. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000200003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200003)

National Institute of Drug Abuse. (2021). *Naloxona – DrugFacts.* <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/naloxona>

National Institute on Drug Abuse. (2021). *El fentanilo – DrugFacts*.

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-fentanilo>

Nelson, L.S., Howland, M. A., Lewin N. A., Smith S. W., Goldfrank, L. R., Robert y Hoffman, S. (2022). *Study Guide for Goldfrank's Toxicologic Emergencies*. McGraw Hill / Medical.

Nicolás Ruiz, J. N. (2015). *Adulterantes de drogas ilícitas*. [Trabajo fin de grado, Universidad Complutense de Madrid]. Docta Complutense.  
<https://hdl.handle.net/20.500.14352/66333>

NNNConsult. (2024). <https://www.nnnconsult.com/nanda>

Nogué Xarau, S. (2019). *Toxicología clínica*. Elservier.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Sobredosis de opioides*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>

Physiopedia. (2024). *Richmond Agitation- Sedation Scale [RASS]* [Imagen].  
[https://www.physio-pedia.com/Richmond\\_Agitation-Sedation\\_Scale\\_\(RASS\)](https://www.physio-pedia.com/Richmond_Agitation-Sedation_Scale_(RASS))

Piquero, I. (2021). *Escala de Pfeiffer: qué es, para qué sirve y cómo se interpreta* [Imagen].  
<https://www.psicologia-online.com/escala-de-pfeiffer-que-es-para-que-sirve-y-como-se-interpreta-5753.html>

Puerro-Vicente, M. (2023). Fentanilo: droga de abuso. Utilización en conflictos bélicos. *Sanidad Militar*, 79(2), 70-71. <https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712023000200001>

Ramos Morcillo, A. J., Cárdenas Casanova, V. y Rodríguez Torres, M. C. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

Rodríguez, J. M. y Barrón, M. A. (2023). Algunos aspectos sobre el fentanilo fabricado ilícitamente. *Temas estratégicos* 109.  
[http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/6081/TE\\_109\\_F\\_entanilo\\_il%c3%adcito.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/6081/TE_109_F_entanilo_il%c3%adcito.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rodríguez Torres, M. C., Ramos Morcillo, A. J. y Millán Cabo, M. D. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

Shen, Y., Bhagwandass, H., Branchcomb, T., Galvez, S. A., Grande, I., Lessing, J., Mollanazar, M., Ourhaan, N., Oueini, R., Sasser, M., Valdes, I. L., Jadubans, A., Hollmann, J., Maguire, M., Usmani, S., Vouri, S. M., Hincapie-Castillo, J. M., Adkins, L. E. y Goodin, A. J. (2021). Chronic Opioid Therapy: A Scoping Literature Review on Evolving Clinical and Scientific Definitions. *The journal of Pain*, 22, 246-262. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2020.09.002>

Silviliti, M. (2015). Flumazenil, naloxone and the “coma cocktail”. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 81(3), 428-36. doi: 10.1111/bcp.12731.

Soto, N., Ciapponi, A., Pichón-Riviere, A., Augustovski, F., Martí, S., García, A., Bardach, A., López, A. y Rey-Ares, L. (Diciembre, 2015). Actigrafía en la evaluación del trastorno del sueño. *Portal Regional de BSVS*.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-986460>

Stanley, T. H. (2014). The fentanyl story. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 15 (12), 1215-1226.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.08.010>

Torres Pérez, A. M. y Aguilón Leiva, J. J. (2016). *Intoxicaciones Agudas por Drogas de Abuso*. Panamericana.

Van Dorp, E. L., Yassen, A. y Dahan, A. (2007). Naloxone treatment in opioid addiction: the risks and benefits. *Expert Opinion on Drug Safety*, 6 (2), 125-132.  
<https://doi.org/10.1517/14740338.6.2.125>

Vázquez Chozas, J. M. (17 de junio, 2022). Necesidades básicas humanas. *Enfermería actual*. <https://enfermeriaactual.com/necesidades-basicas-de-virginia-henderson/>

Vázquez Chozas, J. M. (2022). Necesidades básicas humanas [Imagen].  
<https://enfermeriaactual.com/necesidades-basicas-de-virginia-henderson/>

Vera Bailón, J., Sánchez Gallego, N. y Solana Clemente, P. (25 de octubre, 2018).  
Valoración inicial del paciente mediante el sistema ABCDE. *Revista Electrónica de  
Portales Médicos.* <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/valoracion-inicial-del-paciente-mediante-el-sistema-abcde/>

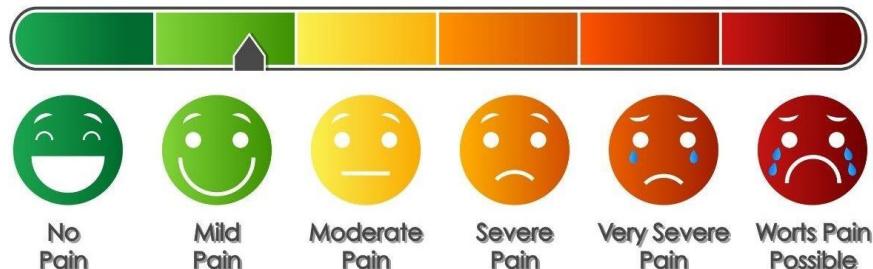
## 10. Anexos

### Anexo I. 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson



Fuente: Vázquez Chozas (2022)

## Anexo II. Escala Visual Analógica [EVA]



Fuente: IFSES (2024)

## Anexo III. Escala de Pfeiffer

### CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

PREGUNTAS	ERRORES
¿Cuál es la fecha de hoy? (Día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es?	
¿En qué lugar estamos? (Descripción o nombre)	
¿Cuál es su número de teléfono? (O dirección completa)	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente?	
¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	
¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?	
¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?	
Reste de tres en tres desde 29	

Fuente: Piquero (2021)

## Anexo IV: Richmod Agitation Scale [RASS]

### **Escala de agitación y sedación de Richmond**

Rass Score	Descripción
-	Combativo, violento, peligro para el personal
3	Tira o retira tubos o catéteres; agresivo
-	Movimiento frecuente no de uso, lucha ventilador
-	Ansioso, aprensivo, pero no agresivo
0	Alerta y calma
-1	Despierta a la voz (apertura/contacto) 10 segundos
-2	Sedación de la luz; despierta brevemente a la voz (apertura ocular / conantía) 10 segundos
-3	Sedación moderada; movimiento o apertura de ojos. Sin contacto visual
-4	Sedación profunda; no hay respuesta a la voz, sino a la apertura de movimiento o ocular a la estimulación física
-5	Ina. No hay respuesta a la voz o la estimulación física

Fuente: Physiopedia (2024)

## Anexo V. Mini-Mental State Examination [MMSE]

MINI -MENTAL STATE EXAMINATION															
Nombre y Apellidos:															
Fecha nacimiento:						Estudios:									
¿A que edad finalizó los estudios?:						Sabe leer: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>									
Profesión:						Sabe escribir: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>									
I. ORIENTACIÓN TEMPORAL			II. FUACION			V. LENGUAJE									
¿En qué año estamos ?			Nombrar 3 objetos,			Señalando el lápiz ¿Qué es esto?									
¿Qué día del mes es hoy?			a intervalos de 1 segundo			INC 0 COR 1									
¿En qué mes del año estamos?			BICICLETA, CUCHARA, MANZANA			Señalando el reloj ¿Qué es esto?									
RESPUESTA		REAL		Ahora digálos usted			INC 0 COR 1								
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		INC	COR	0 1 2						
0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	BICICLETA		0	1	Quiero que repita lo siguiente:								
1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	CUCHARA		0	1	"NI SÍ, NI NO, NI PEROS"								
2 2 2 2 2 2	2 2 2 2 2 2	2 2 2 2 2 2	MANZANA		0	1	0 1								
3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3		0	1	2	3	Haga lo que le voy a decir							
4 4 4 4 4 4	4 4 4 4 4 4	4 4 4 4 4 4	Repetir los nombres hasta que los aprenda.				INC	COR							
5 5 5 5 5 5	5 5 5 5 5 5	5 5 5 5 5 5				Coja este papel con la mano derecha,									
6 6 6 6 6 6	6 6 6 6 6 6	6 6 6 6 6 6					0	1							
7 7 7 7 7 7	7 7 7 7 7 7	7 7 7 7 7 7	III. ATENCION Y CALCULO												
8 8 8 8 8 8	8 8 8 8 8 8	8 8 8 8 8 8	Le voy a pedir que reste desde 100 de 7 en 7			dóblelo por la mitad		0	1						
9 9 9 9 9 9	9 9 9 9 9 9	9 9 9 9 9 9				y déjelo en el suelo		0	1						
¿Qué día de la semana es hoy?						RES	REAL	INC	COR						
RESPUESTA						93	0	1							
L	M	X	J	V	S	D	86	0	1	0 1 2 3					
REAL						79	0	1	Haga lo que dice aquí:						
L	M	X	J	V	S	D	72	0	1	(mostrar atrás de esta hoja)					
¿En qué estación del año estamos?						65	0	1	"Cierre los ojos"						
RESPUESTA		REAL		0	1	2	3	4	5	0 1					

PRIMA		PRIMA		Deletee al revés la palabra				Escribe una frase que tengas		
VERANO		VERANO		MUNDO				sentido (atrás de esta hoja)		
OTOÑO		OTOÑO		RES	REAL	INC	COR		0	1
INVIER		INVIER		O	0	1	Copie este dibujo (atrás de esta hoja)			
	0	1	2	3	4	5	D	0	1	
ORIENTACION ESPACIAL				N	0	1		0	1	
¿En qué país estamos?				U	0	1	PUNTUACION TOTAL			
INC	0	COR	1	M	0	1	0	1	2	3
¿En qué provincia estamos?				0	1	2	3	4	5	6
INC	0	COR	1	IV. MEMORIA				Puntuación máxima (30)		
¿En qué ciudad estamos?				Dígame el nombre de los tres objetos que le nombré antes				EDAD		
INC	0	COR	1					E		
¿Dónde estamos ahora?						INC	COR	S ≤ 50	S 51-75	>75
INC	0	COR	1	BICICLETA		0	1	≤ 8	+1	+2
¿En qué piso /planta estamos?				CUCHARA		0	1	9-17	-1	0
INC	0	COR	1	MANZANA		0	1	>17	-2	-1
	0	1	2	3	4	5				
				0	1	2	3	PUNTUACION CORREGIDA		

Fuente: Feijoo (s.f.)

## Anexo VI. 5 actuaciones a evitar en la atención al intoxicado por fentanilo

### ACTUACIONES A EVITAR EN LA INTOXICACIÓN AGUDA POR FENTANILo

#### 1 Administrar naloxona en pacientes con un buen nivel de conciencia y con una adecuada función respiratoria

La naloxona es el antagonista específico de los opioides. Se utiliza para revertir los efectos de una sobredosis por fentanilo. Su administración se recomienda en pacientes con una escala de Coma de Glasgow inferior o igual a 12 y en aquellos que presenten una depresión respiratoria (Nogué Xarau, 2019; Nelson y Olsen, 2019).



#### 2 No considerar el tiempo de acción de la naloxona

La administración en bolo de la naloxona actúa durante 20 minutos, mientras que la duración del fentanilo es mayor, por lo que existe el riesgo de que el paciente presente insuficiencia respiratoria. Para evitarlo, se debe mantener la administración de naloxona a través de una bomba de perfusión continua durante horas o días (Buckley et al., 2016).

#### 3 Suministrar dosis elevadas de naloxona a personas adictas a los analgésicos opiáceos

Los pacientes que toman analgésicos opiáceos de forma habitual presentan un riesgo mayor de sufrir un síndrome de abstinencia tras la administración de naloxona. Por ese motivo, se recomienda comenzar con dosis bajas de antídoto, inferiores a 0,4 mg por vía intravenosa (Nogué Xarau, 2019; Nelson y Olsen, 2019).



#### 4 Realizar de forma precipitada una intubación orotraqueal en pacientes intoxicados por fentanilo

El soporte de la vía aérea y la ventilación son necesarios para garantizar una estabilidad respiratoria. Sin embargo, las intubaciones orotraqueales no serán necesarias en la mayoría de los casos, dado que la administración de naloxona revierte la depresión respiratoria (Munné y Arteaga, 2003).

#### 5 No proporcionar un soporte ventilatorio adecuado hasta la recuperación espontánea de la respiración

La asistencia al intoxicado por fentanilo no debe basarse exclusivamente en la administración del antídoto, sin atender la depresión respiratoria asociada. Por ello, es fundamental ofrecer soporte ventilatorio hasta que se observe una recuperación espontánea de la respiración del paciente, manteniéndolo antes, durante y tras la administración de la naloxona (Silvilitti, 2015).



