

# SCACEST POR PICADURA DE AVISPA. CASO

## CLINICO DE SD. DE KOUNIS

### AUTORÍA

Jorge González Navas\*  
Celestino Manuel Mezquita Pérez\*\*  
Jonathan Aguilar Moreno\*\*\*

\*Diplomado en Enfermería. Experto Universitario en Urgencias y Emergencias. Hospital Alto Guadalquivir. Unidad Especial y Urgencias

\*\*Diplomado en Enfermería. Máster en Investigación e Innovación, Cuidados y Calidad de Vida. Hospital Alto Guadalquivir. Unidad Especial y Urgencias.

\*\*\*Diplomado en Enfermería. Hospital Alto Guadalquivir. Unidad Especial y Urgencias

### RESUMEN

El síndrome de Kounis es un tipo de síndrome coronario agudo (SCA), que se da en el contexto de una exposición a un alérgeno (factor ambiental, picadura, alimento...). Es un tipo de SCA poco frecuente, y fue descrito en 1991 por el griego Nicholas G Kounis, y aunque su incidencia se desconoce, se estima que representa el 4.6% de los síndromes coronarios agudos. Se distinguen 3 subtipos de este síndrome: 1) por vasoespasm coronario, 2) por trombo coronario pre-existente liberado a raíz de la respuesta inflamatoria y 3) por trombosis en pacientes con stents farmacoactivos. Se presenta el caso clínico de un paciente de 63 años sin antecedentes cardiológicos, que tras una picadura de avispa, acude a nuestro centro con síntomas compatibles con SCA, además de las erupciones y habones cutáneos por la picadura de avispa y que tras su paso por UCI y realización de pruebas complementarias, se identificó como Síndrome de Kounis.

### PALABRAS CLAVE

Síndrome Coronario Agudo, Vasoespasm Coronario, Anafilaxia, Picadura de avispa

### ABSTRACT

The Kounis Syndrome is an acute coronary syndrome (ACS) in the context of an allergen exposure (environmental exposure, bite, food...). It is a non common ACS. It was described in 1991 by the greek Nicholas G Kounis, and although is unknown the incidence rate, it's estimated that mean about 4.6% of total ACS. There are 3 sub-types of this síndrome: 1) for coronary vasospasm, 2) for coronary thrombo pre-existent liberated by inflammatory response and 3) for thrombosis in drug-eluting stent. It is introduced the clinical case report about a 63 years old patient without cardiologic precedent, who after a wasp bite, comes to our Hospital for ACS compatible symptoms, in addition rash by wasp bite, and after hospitalization in our Intensive Care Unit and complementary check, was identified such as Kounis Syndrome.

### KEYWORDS

Acute Coronary Syndrome, Coronary Vasospasm, Anaphylaxis, Wasp Bite

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kounis es un tipo de síndrome coronario agudo que se produce en el contexto de un alérgeno. Este síndrome fue descrito por el cardiólogo griego Nicholas G Kounis en 1991, definiéndolo como la "conurrencia de un síndrome coronario agudo junto a una reacción de hipersensibilidad que implican la interrelación y activación de células inflamatorias incluyendo alergia o hipersensibilidad y anafilaxia. Causada por mediadores inflamatorios como la histamina" 1. Picaduras, fármacos, exposiciones a agentes medioambientales o alimentos pueden ser los desencadenantes de la sintomatología que conduce a este tipo especial de SCA llamado Síndrome de Kounis (tabla 1). Su incidencia se desconoce, pero se estima que representan el 4,6% de los SCACEST. Existen 3 variantes, el tipo I debido a vasoespasm coronario, que se halla en pacientes con coronarias normales sin factores de riesgo, y el tipo II debido a un trombo coronario en pacientes con placas ateroscleróticas pre-existentes en la cual, la liberación aguda de los mediadores inflamatorios pueden inducir vasoespasm coronario con enzimas cardiacas y troponinas normales, o erosión en la placa o rotura de la misma que se manifiesta como infarto agudo de miocardio 1. Existe un tipo III que se ha incluido posteriormente que se da en pacientes con trombosis de stent farmacoactivos 2. La sintomatología, signos y cambios electrocardiográficos en este síndrome aúnan los descritos en el síndrome coronario y en reacciones urticariales tales como dolor torácico, disnea, hipotensión, taquicardia, cambios en el segmento ST, entre otros (tabla 2).

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 63 años, con antecedentes personales de espondiloartrosis y exfumador importante hasta hace 1 mes que acude al servicio de Urgencias hospitalarias de nuestro hospital comarcal por sus propios medios por malestar general, sudoración, náuseas, y dolor epigástrico opresivo irradiado hacia el cuello tras picadura de avispa unas horas antes. A su llegada, se encuentra con mal estado general, sudoroso y nauseoso, y refiere dolor opresivo en región de la corbata. Se observan lesiones dérmicas tipo habones en pliegues cutáneos por reacción alérgica a la picadura de avispa. Constantes vitales: 118/71, FC 48, SatO2 96%, Tª 36 A su llegada se inició tratamiento antihistamínico y corticoide, y dada la sintomatología y el deterioro del estado general, realizó electrocardiograma de 12 derivaciones donde se observó elevación del segmento ST en cara inferoposterior. Ingresa en UCI con diagnóstico inicial de SCACEST para iniciar tratamiento fibrinolítico, pero a su llegada el dolor

ha cedido procediéndose a repetir el ECG donde se observa normalización espontánea del ST, y catalogándose como episodio de vasoespasmó, no llegando a realizarse trombólisis y quedando asintomático y estable.

### VALORACIÓN GENERAL:

Una vez estabilizado, se realizó valoración inicial de enfermería según necesidades de Virginia Henderson, en la cual se encontraron alteradas las necesidades de:

- Respiración: Actualmente no fumador, aunque ha sido fumador de 1 paquete diario durante 50 años, dejando el hábito tabáquico hace un mes y medio. No tiene ahogo ni tos.
- Alimentación: Ingiera dieta normal, bebe menos de 1 litro de agua diario, y refiere consumo de 3 cervezas y 3 copas de vino diarias. Tiene sobrepeso, aunque quiere alcanzar su peso ideal.
- Evitar peligros del entorno: Tiene hipoacusia del oído derecho, precisa utilizar gafas. Niega caídas recientes. Tiene dolor piernas y parestesia en pierna izquierda. Está tranquilo, su autoimagen es congruente con la realidad y realiza los autocuidados necesarios para mantenerse sano.
- Su cuidadora principal es su mujer quien tiene buen estado de salud y aplica los cuidados correctamente.

### PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE CUIDADOS

a) En la sala de Recepción, Acogida y Clasificación (Triage) del Servicio de Urgencias Hospitalario: Identificación correcta del motivo de consulta, presencia de factores modificadores del nivel de prioridad, valoración clínica del paciente y gravedad, y medición de signos vitales. Se activa circuito preferente trasladándose directamente al Box de críticos para valoración médica y tratamiento inmediato.

b) En el box de críticos: Monitorización de signos vitales, canalización de vía venosa periférica, administración de medicamentos (aerosoles, corticoides y antihistamínicos) dada la clínica urticarial. A continuación, tras deterioro del estado general, extracción de analítica urgente, realización de electrocardiograma de 12 derivaciones e identificación de alteraciones en la repolarización. Contacto telefónico con UCI al que se deriva el paciente por sospecha de SCACEST para tratamiento fibrinolítico.

c) En Unidad de Cuidados Intensivos: Acogida y monitorización, preparada la realización de trombólisis se identifica de forma precoz la mejoría del paciente tras tratamiento corticoideo y antihistamínico en Urgencias, cediendo todos los síntomas, se procede a realización de nuevo ECG con resultado de normalización del segmento ST, y se decide no realizar fibrinólisis. Se traslada a hospital de referencia pasadas 48h de estabilidad para coronariografía.

Se identificaron los siguientes diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones de enfermería:

- 0092: Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno m/p cambios electrocardiográficos indicadores de isquemia.
- 0148: Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (hospitalización, procedimientos hospitalarios), falta de familiaridad con la experiencia m/p informes de inquietud y sentirse asustado, aumento de la alerta.
- 0024: Perfusión tisular inefectiva r/c deterioro del transporte de oxígeno m/p dolor torácico, sensación de muerte inminente.
- 0084: Conductas generadoras de salud r/c hábito tabáquico m/p expresión de deseos de un mayor control sobre las prácticas de salud y de buscar un nivel más alto de bienestar.

### Resultados

- 0005: Tolerancia a la actividad
- 1627: Conducta de pérdida de peso
- 0002: Conservación de la energía
- 1903: Control del riesgo: consumo de alcohol
- 1906: Control del riesgo: consumo de tabaco

### Intervenciones de enfermería:

- 6364: Triage: centro de urgencias
- 6680: Monitorización de signos vitales
- 2314: Administración de medicación: intravenosa.
- 4044: Cuidados cardíacos: agudos
- 6412: Manejo de la anafilaxia
- 7640: Desarrollo de la situación crítica
- 7710: Colaboración con el médico

### EVALUACIÓN DE RESULTADOS/SEGUIMIENTO

Durante su ingreso se realizó seriación enzimática (TnI 0.01ng/ml, CK 131 a su llegada, y 70mU/L a las 24h), así como ecocardiograma con resultado de normalidad. Tras 48h de ingreso y estabilidad, se derivó a hospital de referencia para realización de cateterismo diagnóstico donde se evidenciaron coronarias normales sin ningún tipo de lesión, confirmándose el diagnóstico de SCA por vasoespasmó causado por la picadura de avispa: Síndrome de Kounis

### DISCUSIÓN/IMPLICACIONES PARA PRÁCTICA CLÍNICA

La atención al SCA implica diagnóstico y tratamiento precoz para limitar el daño miocárdico, siendo la fibrinólisis el tratamiento de elección para los SCACEST en centros donde no está disponible la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria. La identificación de los síntomas anginosos en el contexto de una exposición a un alérgeno desde el primer momento, y el inicio del

tratamiento por los antihistamínicos y corticoides, hizo mejorar la sintomatología y normalizar el ECG, con lo que se evitó la aplicación de un fibrinolítico y los posibles efectos secundarios del mismo a este paciente. De no haberse administrado el tratamiento antihistamínico y corticoides para la picadura en primer lugar, y se hubiese pospuesto, el paciente habría recibido el tratamiento fibrinolítico con Tenecplasa, pudiendo haberse expuesto a los efectos adversos descritos de este medicamento: hemorragia en cualquier zona del cuerpo (especialmente en los puntos de inyección), hipotensión arterial, arritmias, hemorragia cerebral, etc. Por otra parte, se demostró de gran valía la consulta de Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes en el servicio de Urgencias del hospital, que en nuestro centro, es realizada por enfermeros/as con formación específica, donde se utiliza la Escala Canadiense de Triage (CTAS – Canadian Triage and Acuity Scale), un sistema de clasificación validado de cinco prioridades en la cual se clasifica a raíz de un motivo de consulta tipificado, el cual puede ser modificado por la existencia de unos factores modificadores que permiten ajustar al nivel de prioridad asistencial más apropiado. De este modo, la priorización de dos pacientes que consultan por un mismo motivo de consulta, puede diferir

en base a estos factores modificadores, es decir, en este caso, el motivo de consulta de Picadura, permite ser clasificado desde una prioridad 5 (no urgente) si se determina como una picadura menor con dolor inferior a 4 puntos en la escala visual analógica y sin existencia de alteración de signos vitales, a una prioridad 1 (necesidad de Soporte Vital Avanzado) si coexistiese distrés respiratorio, shock o inconsciencia. En la clasificación del motivo de consulta por “Picadura” de este paciente, se identificó la coexistencia del “compromiso hemodinámico” como factor modificador, permitiendo así su clasificación como prioridad 2 (emergencia) y por tanto, catalogación como paciente crítico, y seguir el circuito específico de este tipo de pacientes: valoración médica sin espera en el box de críticos, realización de cuidados y pruebas complementarias precoces, entre ellas la realización del electrocardiograma de 12 derivaciones el cual permitió valorar la alteración eléctrica, y la administración precoz del tratamiento para los síntomas de la picadura, y finalmente el ingreso en UCI precoz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kounis NG. Kounis syndrome (allergic angina and allergic myocardial infarction): A natural paradigm? *Int. J. Cardiol.* 110 (2006) 7-14.
2. Garcipérez de Vargas FJ, Mendoza J, Sánchez-Calderón P, Ortiz C, Porro R, Mogollón-Jiménez MV. Shock cardiogénico secundario a síndrome de Kounis tipo II inducido por metamizol. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65 (12): 1138-9. DOI: 10.1016/j.recesp.2012.04.017
3. Kounis NG. Coronary Hypersensitivity Disorder: The Kounis Syndrome. *Clin Ther.* 2013; 35(5): 563-71. DOI: 10.1016/j.clinthera.2013.02.022.
4. Rico Cepeda P, Palencia Herrejón E, Rodríguez Aguirregabiria MM. Síndrome de Kounis. *Med Intensiva.* 2012; 36 (5): 358-64. DOI: 10.1016/j.medin.2011.10.008.
5. Dauvergne C, Araya M, Abuffhele A. Espasmo coronario secundario a reacción alérgica o síndrome de Kounis. Caso clínico. *Rev Med Chile* 2009; 137: 811-814.
6. Gómez Canosa MS, Castro Orjales MJ, Rodríguez Fariñas FJ, García Jiménez A, Gutiérrez Cortés JM. Tratamiento del síndrome de Kounis. Carta científica. *Rev. Med Intensiva.* 2011; 35 (8): 519-520. DOI:10.1016/j.medin.2011.01.010.
7. Kounis NG, Hahalis G, Manola A, Kourelis T, Theoharides T. Kounis Syndrome (Allergic Angina and Allergic Myocardial Infarction). En *Angina Pectoris: Etiology, Pathogenesis and Treatment.* Nova Science Publishers.1998. Artículo disponible online (URL: <http://algot.com/articles/wp-content/uploads/2010/12/Kounis-from-Gallos-Angina-Pectoris-Etiology-Pathogenesis-and-Treatmen.pdf>) [Actualizado 3 Oct 2013; citado 15 oct 2013]
8. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2009.
9. Moorhead S, Johnson M, Swanson E, Mass ML. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ªed. Barcelona: Elsevier; 2009.
10. Bulechek GM, Mc Closkey Dotcherman JC, Butcher HK. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ªed. Barcelona: Elsevier; 2009