

# Plan de cuidados de enfermería en paciente con síndrome de Kounis

## Autoras

Marta Parellada Vendrell<sup>1</sup>, Montserrat Prat Masana<sup>2</sup>, Silvia Pérez Ortega<sup>3</sup>.

**1** MSc Enfermera de la Unidad de cuidados cardiológicos agudos. Instituto Clínico Cardiovascular. Hospital Clínic Barcelona.

**2** RN Enfermera de la Unidad de cuidados cardiológicos agudos. Instituto Clínico Cardiovascular. Hospital Clínic Barcelona.

**3** PhD(c) Enfermera clínica del Instituto Clínico Cardiovascular. Hospital Clínic Barcelona.

### Dirección para correspondencia

Marta Parellada Vendrell  
Hospital Clínic Barcelona  
Unidad de cuidados cardiológicos agudos  
C/ Villarroel, 170  
08036 Barcelona  
**Correo electrónico:**  
maparell@clinic.cat

## Resumen

**Introducción.** El síndrome de Kounis se caracteriza por la aparición simultánea de eventos coronarios agudos y reacciones alérgicas anafilácticas. Una patología inusual, poco conocida, infradiagnosticada y con etiología multifactorial. El objetivo es establecer un plan de cuidados, destinado a un paciente con síndrome de Kounis ingresado en la unidad de cuidados cardiológicos agudos.

**Descripción caso clínico.** Varón de 62 años que consulta por dolor odontológico y recibe tratamiento con amoxicilina-clavulánico, diclofenaco y metamizol. En domicilio presenta infarto agudo de miocardio con taquicardia ventricular monomórfica no sostenida. Se activa código infarto mostrando arterias coronarias sin lesiones significativas. La reacción anafiláctica se manifestó con vasoespasmio coronario, *rash* cutáneo y sibilancias. La observación enfermera permitió detectar precozmente las reacciones cutáneas que favorecieron su tratamiento inmediato y definir el diagnóstico.

**Planificación de cuidados.** La valoración enfermera se realizó mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon. Se elaboró un plan de cuidados siguiendo la taxonomía NANDA-NIC-NOC identificando los siguientes diagnósticos: Dolor agudo; Riesgo de *shock*; Riesgo de sangrado; Temor; Conocimientos deficientes; Mantenimiento ineficaz de la salud y anafilaxia como problema de colaboración.

**Reflexión sobre el caso.** Proporcionar información objetiva es vital para que el paciente y familia tomen conciencia de la gravedad del episodio, pero a su vez es una herramienta indispensable para reducir temores, resolver dudas, promover el autocuidado y recomendar las pruebas de alergia para determinar el fármaco causante del síndrome de Kounis.

El estudio, conocimiento y la divulgación científica de estos síndromes nos ayudan a proporcionar unos cuidados de enfermería más efectivos.

**Palabras clave:** cuidados críticos, síndrome de Kounis, síndrome coronario agudo, anafilaxia, cuidados de enfermería.

## Nursing care plan in patient with Kounis syndrome

### Abstract

**Introduction.** The Kounis syndrome is characterized by the simultaneous appearance of acute coronary events and anaphylactic allergic reactions. An unusual, little known, underdiagnosed pathology with a multifactorial aetiology. The aim is to establish a care plan, intended for a patient with Kounis syndrome admitted to the Acute Cardiological Care Unit.

**Case description.** A 62-year-old man who consults because of dental pain and who is on treatment with amoxicillin-clavulanic acid, diclofenac and metamizole. At home, he presents with acute myocardial infarction with nonsustained monomorphic ventricular tachycardia. Infarction code is activated, showing coronary arteries without significant lesions. The anaphylactic reaction appeared in the

form of coronary vasospasm, skin rash and wheezing. Nursing observation allowed for the early detection of those cutaneous reactions that favoured his immediate treatment and for the definition of the diagnosis.

Care planning. Nursing assessment was performed using Marjory Gordon's functional patterns. A care plan was developed following the NANDA-NIC-NOC taxonomy, thereby identifying the following diagnoses: Acute pain; Shock risk; Bleeding risk; Fear; Poor knowledge; Inefficient health maintenance, and anaphylaxis as a problem of collaboration.

Reflection on the case. Providing objective information is vital for the patient and his family to become aware of the severity of the episode, but at the same time it is an essential tool to reduce fears, clear up any questions, promote self-care and recommend allergy tests so as to determine which drug is causing the Kounis syndrome.

The study, knowledge and scientific dissemination of these syndromes help us to provide more effective nursing care.

**Keywords:** critical care, Kounis syndrome, acute coronary syndrome, anaphylaxis, nursing care.

Enferm Cardiol. 2019; 26 (78): 88-94.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kounis (SK) o angina alérgica, descrita en 1991 por Kounis y Zavras, se define como la aparición de eventos coronarios agudos secundarios a una reacción alérgica anafiláctica. Se presenta en forma de síndrome coronario, arritmias, defectos en la conducción y anomalías no específicas en el electrocardiograma<sup>1,2</sup>. De forma simultánea se pueden observar manifestaciones clínicas de reacción alérgica aguda como *rash*, urticaria, angioedema, disnea, broncoespasmo y en los casos severos hipotensión y alteración del estado de alerta<sup>1-3</sup>.

Es una patología poco conocida e infradiagnosticada, sabemos de ella mediante la descripción de casos clínicos en la literatura tanto en población adulta como infantil. Su prevalencia a nivel mundial es desconocida pero la incidencia del SK en EEUU y Europa es de 8 por 100.000 habitantes<sup>2</sup>. La etiología es multifactorial, ya sea por exposiciones ambientales (picaduras de insectos); medicamentos (los fármacos descritos mayoritariamente son los betalactámicos, AINES, anestésicos generales y medios de contraste yodado); alimentos (marisco, kiwi) y condiciones o enfermedades asociadas<sup>4</sup>. En la **tabla 1** se enumeran algunas de las principales causas del SK<sup>2</sup>.

**Tabla 1.** Principales causas del síndrome de Kounis.

Medicamentos	Alimentos	Exposición ambiental	Condiciones asociadas
Analgésicos (AINE, ASA)	Actinidia chinensis	Picadura de escorpión	Mastocitosis
Anestésicos (midazolam, propofol, succinilcolina, etc.)	Comida enlatada	Metales	Churg-Strauss
Antibióticos (penicilinas, sulfamidas, vancomicina, etc.)	Pescados	Alergia al mijo	Stent coronario
Anticoagulantes (heparina, lepirudina)	Frutas	Hiedra venenosa	Nicotina
Medios de contraste	Intoxicación con setas	Látex	Angioedema
Inhibidor de bomba de protones (lansoprazol)	Mariscos	Picadura de abeja	Síndrome escombroides
Desinfectantes de piel	Salsa de tomate	Picadura de medusas	Enfermedad del suero
Trombolíticos (estreptoquinasa, uroquinasa, activador tisular del plasminógeno)			Fiebre del heno
Otros (clopidogrel, insulina, losartán, protamina, enalapril, esmolol, toxoide tetánico, corticoides, amiodarona, etc.)			Asma

El mecanismo fisiopatológico que lo describe es el siguiente: delante de una reacción alérgica anafiláctica se produce la degranulación de los mastocitos, ocasionando la liberación local y sistémica de múltiples mediadores inflamatorios (histamina, leucotrienos, serotonina) y proteasas (triptasa, quimasa). La histamina y los leucotrienos son potentes vasoconstrictores coronarios mientras que la triptasa y la quimasa activan las metaloproteinasas desencadenando la degradación del colágeno e induciendo la erosión o rotura de la placa de ateroma<sup>4</sup>.

Podemos clasificar el SK en tres subtipos<sup>5,6</sup>:

- Tipo I (sin enfermedad coronaria previa): el evento alérgico induce un espasmo coronario que produce dolor torácico y cambios electrocardiográficos secundarios a isquemia. Las enzimas cardíacas pueden ser normales o reflejar la progresión hacia infarto agudo de miocardio. La disfunción endotelial y/o la angina microvascular sería la explicación para este tipo de SK.

- Tipo II (con enfermedad coronaria previa): pacientes con enfermedad ateromatosa preexistente ya sea conocida o no, que ante una reacción alérgica se produce la liberación aguda de mediadores inflamatorios favoreciendo la erosión o rotura de la placa de ateroma y ocasionando así un infarto agudo de miocardio.

- Tipo III (trombosis de los stents coronarios): al aspirar los trombos y someterlos a la tinción de Giemsa o hematoxilina-eosina se observa la presencia de eosinófilos y mastocitos.

El caso clínico describe una situación real, vivida desde la patología cardíaca aguda y crítica, donde pone de manifiesto la existencia de síndromes poco frecuentes e infradiagnosticados, en el que la observación de enfermería fue fundamental para la detección e instauración precoz del tratamiento y favorecer el diagnóstico. El objetivo es elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado, destinado a un paciente con SK durante su estancia en la unidad de cuidados cardiológicos agudos.

## OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 62 años de edad con antecedentes de tabaquismo y sin alergias medicamentosas conocidas que consultó por dolor odontológico recibiendo tratamiento con amoxicilina-clavulánico, metamizol y diclofenaco. Posteriormente estando en su domicilio presentó dolor torácico, avisaron al servicio de emergencias médicas (SEM) por malestar general, opresión centrotorácica con inestabilidad cefálica, síncope y abundante vegetatismo asociado. El electrocardiograma de 12 derivaciones mostró lesión subepicárdica inferior (máximo 3 mm) con imagen especular en cara posterior y episodios de taquicardia ventricular monomórfica no sostenida, motivo por el cual se trasladó al hospital de referencia de Código Infarto.

Acudió directamente a la sala de hemodinámica, donde observaron la presencia de *rash* cutáneo en tronco, mucosas (párpados y lengua) así como, ligeras sibilancias espiratorias. Se procedió a la administración de hidrocortisona 200mg, dexclorfenilamina 75mg y oxigenoterapia con mascarilla con reservorio resolviéndose el cuadro agudo.

El cateterismo cardíaco se realizó por acceso radial derecho y no mostró lesiones coronarias significativas pero sí un flujo

intracoronario lento. La orientación diagnóstica fue vasoespasmó de la arteria coronaria derecha en contexto de reacción alérgica, también conocido como SK.

Se trasladó a la unidad de cuidados cardiológicos agudos para vigilancia y control evolutivo, donde ingresó con dolor torácico residual, disminución de las lesiones cutáneas, hemodinámicamente estable y sin necesidad de oxigenoterapia ni de soporte de drogas vasoactivas. El electrocardiograma de control mostró elevación residual del segmento ST de 1 mm en la cara inferior y en la ecocardiografía portátil a pie de cama no se objetivaron complicaciones mecánicas inmediatas.

La hemostasia radial tras cateterismo cardíaco se realizó mediante apósito compresivo en dicha extremidad, sin signos de sangrado activo ni presencia de complicaciones vasculares, pudiéndose retirar en las 4 h posteriores.

El paciente estaba acompañado por su familia, fueron informados de la situación actual por el equipo médico y de enfermería, así como también se les transmitió la importancia de someterse al estudio de alergia a fármacos. Posteriormente, dada la estabilidad clínica y hemodinámica, se trasladó a su hospital de zona vía SEM para continuar estudio.

### Valoración de enfermería

Se llevó a cabo la valoración de enfermería según el modelo conceptual de los patrones funcionales de Marjory Gordon, mediante la observación directa, la entrevista al paciente englobando a la familia y la recogida de datos de la historia clínica.

El resultado de la valoración fue:

- *Patrón 1 Percepción - Manejo de la salud.* Ingresó por síndrome coronario agudo por vasoespasmó coronario y secundario a reacción alérgica. Alergias no conocidas hasta la fecha. Fumador.

- *Patrón 2 Nutricional - Metabólico.* Peso: 74 kilogramos, talla: 1,73 metros. IMC 24,73 que indica normopeso. Sin problemas digestivos. Realiza dieta equilibrada. Piel hidratada con zonas eritematosas debidas a *rash* cutáneo.

- *Patrón 3 Eliminación.* Hábito intestinal diario. Continente urinario y fecal.

- *Patrón 4 Actividad - Ejercicio.* Frecuencia cardíaca: 55 por minuto. Tensión Arterial: 122/78 mmHg. Frecuencia respiratoria: 20 por minuto. Saturación basal de oxígeno: 96%. Eupneico. Elevación residual del segmento ST en el electrocardiograma. Portador de vendaje compresivo en arteria radial derecha por cateterismo cardíaco. Actividad física habitual moderada. Sin problemas de movilidad. Valoración de la capacidad funcional a través de test de Barthel: Puntuación 100 (independiente).

- *Patrón 5 Sueño y descanso.* Sueño reparador sin ayuda farmacológica.

- *Patrón 6 Cognitivo - Perceptivo.* Presencia de dolor torácico residual, puntuación 3/10 escala verbal numérica. Sin alteraciones sensoriales ni cognitivas. Manifiesta déficit de conocimientos sobre su problema de salud y la actitud pronostica ante el mismo.

- *Patrón 7 Auto percepción - Autoconcepto.* Buen concepto sobre sí mismo y su imagen corporal.

- *Patrón 8 Rol - Relaciones.* Vive con la mujer. Tiene una hija, que no vive con ellos, con la que tiene buena relación. Apoyo familiar y de amigos.

- *Patrón 9 Sexualidad y reproducción.* Tiene una hija. Sin

problemas de sexualidad ni reproducción.

- *Patrón 10 Adaptación - Tolerancia al estrés.* Verbaliza temor a la recurrencia del episodio actual.

- *Patrón 11 Valores y creencias.* Preocupación por su estado de salud actual.

Tras la valoración se identificaron los siguientes patrones funcionales alterados:

- *Patrón 1.* Percepción de salud regular en referencia al consumo de tabaco y la presencia de alergias farmacológicas no conocidas.

- *Patrón 4.* Persistencia de elevación residual del segmento ST en el electrocardiograma. Portador de vendaje compresivo en arteria radial derecha del cateterismo cardiaco.

- *Patrón 6.* Manifiesta déficit de conocimientos sobre su problema de salud y la actitud pronóstica ante el mismo. Presencia de dolor torácico residual.

- *Patrón 10.* Verbaliza temor a la recurrencia del episodio actual.

### Plan de cuidados

Para la elaboración del plan de cuidados individualizado, se describieron los diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración según la taxonomía NANDA, NIC, NOC<sup>7</sup>, identificando los resultados (NOC) con sus indicadores y las intervenciones (NIC) de enfermería.

#### • Fase diagnóstica.

En base a las alteraciones detectadas durante la valoración y siguiendo el modelo conceptual propuesto se establecieron los siguientes diagnósticos de enfermería NANDA, por orden de prioridad: 00132 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos y manifestado por informe verbal; 00205 Riesgo de *shock* relacionado con patología coronaria aguda; 00206 Riesgo de sangrado relacionado con cateterismo cardiaco por acceso arteria radial; 00148 Temor relacionado con situación crítica vivida y manifestado por sentimiento de alarma; 00126 Conocimientos deficientes relacionado con falta de exposición y manifestado por verbalización del problema; 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con tabaquismo y manifestado por falta de conducta de búsqueda de salud.

Se identificó como problema de colaboración principal: anafilaxia secundaria a alergia farmacológica.

#### • Fase de planificación.

En esta fase del plan de cuidados se presentaron los resultados NOC seleccionados con sus correspondientes indicadores.

Para la medición de cada resultado se incorporaron ítems de valoración siendo VA (valor actual del estado del paciente antes de la fase de ejecución) y VD (valor deseado del estado del paciente en la evaluación final del proceso).

Se utilizó la escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 la puntuación menos deseable y 5 la más deseada. Para la obtención de los resultados son necesarias intervenciones de enfermería NIC y actividades que se incorporaron al plan de cuidados. Éstas hacen referencia a los cuidados del enfermo crítico, a la vigilancia y detección precoz de posibles complicaciones, así como también a proporcionar conocimientos y enseñanzas tanto de hábitos saludables como del transcurso de enfermedad, incluyendo a la familia en todo el proceso.

En la **tabla 2** se recoge el plan de cuidados de enfermería en su totalidad.

#### • Fase de ejecución.

Durante esta fase se implementaron las intervenciones de enfermería establecidas hacia el paciente en cuestión y la familia (mujer e hija) quienes mostraban una actitud totalmente receptiva y ejercían gran apoyo.

No se detectó ningún problema ni complicación en esta etapa, el paciente pudo verbalizar sus temores, esclarecer dudas en relación a la situación crítica vivida y al proceso de enfermedad, tomar conciencia de la necesidad de modificar estilos de vida insaludables y de someterse a las pruebas de alergia farmacológicas.

#### • Fase de evaluación.

Una vez el paciente fue trasladado a su hospital de zona para completar el estudio se procedió a la evaluación del plan de cuidados otorgando a cada resultado NOC una puntuación o valor conseguido (VC), pudiéndose comparar con los valores deseados (VD) de la fase de planificación y así poder determinar la eficacia del plan de cuidados.

## DISCUSIÓN

El síndrome de Kounis es una patología inusual, poco conocida e infradiagnosticada. En la bibliografía se describen casos aislados, y aunque se conoce la etiología, ésta puede ser muy variada y diversa a su vez. Su detección no es sencilla si no se relaciona directamente con algún agente causal<sup>2,4</sup>.

En la mayoría de los casos consultados, su presentación es inmediatamente posterior a la toma de antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos o a picaduras de insectos. Es primordial una detección y diagnóstico precoz del SK, ya que en muchos de ellos, el tratamiento de la reacción anafiláctica suele ser suficiente para la desaparición del dolor torácico, retrogradación de los cambios en el electrocardiograma y no ser necesaria la coronariografía emergente<sup>2,6,8-10</sup>.

Por el contrario, en otros casos, el síndrome coronario agudo puede provocar arritmias o *shock* cardiogénico, que a pesar de que con el tratamiento adecuado son de rápida resolución, ponen en peligro la vida de los pacientes. Todos los autores coinciden en la importancia de dar visibilidad al SK e incluirlo en las guías de práctica clínica, para una detección precoz y mejor manejo<sup>2,6,8-10</sup>.

A pesar de no estar presente en las guías, el tratamiento a estos pacientes está bastante definido. Debe basarse en corticoides y antihistamínicos, evitando la adrenalina, en vasodilatadores para el síndrome coronario agudo, y antagonistas de los canales del calcio en los casos de vasoespasmo coronario. El siguiente paso es el estudio alergológico para determinar el agente causal<sup>6</sup>.

En el caso clínico que se presenta, el paciente refirió dolor torácico en domicilio, y no fue hasta su llegada a la sala de hemodinámica donde se realizó el diagnóstico diferencial. La enfermera de hemodinámica y la observación clínica del paciente fueron cruciales para hacer el diagnóstico. El tratamiento para la reacción anafiláctica fue el recomendado para estos casos, basado en corticoesteroides, antihistamínicos y tratamiento de los síntomas<sup>2</sup>.

La valoración enfermera posterior, en la unidad de cuidados cardiológicos agudos, permitió atender al paciente y su familia globalmente. No solo se centraron los esfuerzos y cuidados en el paciente cardiológico agudo crítico, sino que además, se pudo

Tabla 2. Plan de cuidados.

<b>DOMINIO 12: CONFORT</b>	
<b>CLASE 1: CONFORT FÍSICO</b>	
<b>NANDA 00132: Dolor agudo torácico relacionado con agentes lesivos biológicos y manifestado por informe verbal</b>	
<p><b>NOC: 1605 Control del dolor</b> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 160502: Reconoce el comienzo del dolor. VA 4<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> <li>• 160507: Refiere síntomas al profesional sanitario. VA 4<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> </ul> <p><b>NOC: 2102 Nivel del dolor</b> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 210201: Dolor referido. VA 2<sup>b</sup>; VD 5<sup>b</sup>; VC 5<sup>b</sup></li> </ul>	<p><b>NIC: 4040 Cuidados cardiacos</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.</li> <li>• Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).</li> <li>• Monitorizar el estado cardiovascular.</li> </ul> <p><b>NIC: 2300 Administración de medicación</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.</li> <li>• Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente.</li> </ul>
<p>VA: Valor Actual; VD: Valor Deseado y VC: Valor Conseguido. Puntuación Escala Likert a: (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado. Puntuación Escala Likert b: (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno.</p>	
<b>DOMINIO 11: SEGURIDAD – PROTECCIÓN</b>	
<b>CLASE 2: LESIÓN FÍSICA</b>	
<b>NANDA 00205: Riesgo de <i>shock</i> relacionado con patología coronaria aguda</b>	
<p><b>NOC: 0414 Estado cardiopulmonar</b> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 041401: Presión arterial sistólica. VA 5<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> <li>• 041402: Presión arterial diastólica. VA 5<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> <li>• 041404: Frecuencia cardiaca apical. VA 5<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> <li>• 041405: Ritmo cardiaco. VA 5<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> <li>• 041406: Frecuencia respiratoria. VA 5<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> <li>• 041412: Saturación de oxígeno. VA 5<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> <li>• 041415: Deterioro cognitivo. VA 5<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> </ul> <p><b>NOC: 0400 Efectividad de la bomba cardiaca</b> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 040010: Arritmia. VA 3<sup>b</sup>; VD 5<sup>b</sup>; VC 4<sup>b</sup></li> <li>• 040012: Angina. VA 2<sup>b</sup>; VD 5<sup>b</sup>; VC 5<sup>b</sup></li> <li>• 040014: Edema pulmonar. VA 5<sup>b</sup>; VD 5<sup>b</sup>; VC 5<sup>b</sup></li> </ul> <p><b>NOC: 0706 Respuesta alérgica sistémica</b> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 070603: Sibilancias. VA 4<sup>b</sup>; VD 5<sup>b</sup>; VC 5<sup>b</sup></li> <li>• 070604: Estridor. VA 4<sup>b</sup>; VD 5<sup>b</sup>; VC 5<sup>b</sup></li> <li>• 070612: Edema facial. VA 3<sup>b</sup>; VD 5<sup>b</sup>; VC 4<sup>b</sup></li> <li>• 070617: Eritema. VA 3<sup>b</sup>; VD 5<sup>b</sup>; VC 4<sup>b</sup></li> </ul>	<p><b>NIC: 4044 Cuidados Cardiacos Agudos</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca.</li> <li>• Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicos.</li> <li>• Obtener electrocardiograma de 12 derivaciones, si correspondiera.</li> <li>• Administrar medicamentos que alivien/eviten el dolor e isquemia, si están pautados.</li> </ul> <p><b>NIC: 3320 Oxigenoterapia</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>• Administrar oxígeno suplementario, según órdenes.</li> <li>• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial), si procede.</li> <li>• Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de terapia de oxígeno.</li> </ul>
<p>VA: Valor Actual; VD: Valor Deseado y VC: Valor Conseguido. Puntuación Escala Likert c: (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. Puntuación Escala Likert b: (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno.</p>	
<b>DOMINIO 11: SEGURIDAD – PROTECCIÓN</b>	
<b>CLASE 2: LESIÓN FÍSICA</b>	
<b>NANDA 00206: Riesgo de sangrado relacionado con cateterismo cardiaco por acceso arteria radial</b>	
<p><b>NOC: 1902 Control del riesgo</b> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 190207: Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas. VA 4<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> <li>• 190220: Identifica los factores de riesgo. VA 2<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> </ul> <p><b>NOC: 2303 Estado de recuperación posterior al procedimiento</b> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 230324: Dolor. VA 5<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> <li>• 230333: Sangrado. VA 5<sup>a</sup>; VD 5<sup>a</sup>; VC 5<sup>a</sup></li> </ul>	<p><b>NIC: 6650 Vigilancia</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata.</li> <li>• Observar si hay tendencias hemorrágicas en los pacientes de alto riesgo.</li> <li>• Comprobar la perfusión tisular, si es el caso.</li> <li>• Vigilar los patrones conductuales.</li> </ul> <p><b>NIC: 4010 Prevención de la hemorragia</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias.</li> <li>• Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (p. e.: avisar al personal de enfermería), si se producen hemorragias.</li> </ul> <p><b>NIC: 4020 Disminución de la hemorragia</b> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la causa de la hemorragia.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.</li> <li>· Aplicar presión directa o un vendaje compresivo, si está indicado.</li> <li>· Monitorizar la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos.</li> <li>· Monitorizar el tamaño y características de los hematomas, si están presentes.</li> <li>· Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión, si fuera necesario.</li> <li>· Mantener un acceso intravenoso permeable.</li> </ul>
<p>VA: Valor Actual; VD: Valor Deseado y VC: Valor Conseguido.  Puntuación Escala Likert a: (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado.  Puntuación Escala Likert b: (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno.</p>	

## DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS

### CLASE 2: RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

#### NANDA 00148 Temor relacionado con situación crítica vivida y manifestado por sentimiento de alarma

##### NOC: 1210 Nivel de miedo

###### Indicadores:

- 121014: Preocupación por sucesos vitales. VA 1<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 3<sup>o</sup>
- 121015: Preocupación por la fuente del miedo. VA 1<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 3<sup>o</sup>
- 121031: Temor verbalizado. VA 1<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 4<sup>o</sup>

##### NOC: 1704 Creencias sobre la salud: percepción de amenaza

###### Indicadores:

- 170401: Percepción de amenaza para la salud. VA 1<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 3<sup>o</sup>
- 170411: Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro. VA 1<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 3<sup>o</sup>

##### NIC: 5820 Disminución de la ansiedad

###### Actividades:

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

A: Valor Actual; VD: Valor Deseado y VC: Valor Conseguido.  
Puntuación en la Escala Likert b: (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno.  
Puntuación en la Escala Likert d: (1) muy débil, (2) débil, (3) moderado, (4) intenso, (5) muy intenso.

## DOMINIO 5: PERCEPCIÓN – COGNICIÓN

### CLASE 4: COGNICIÓN

#### NANDA 00126: Conocimientos deficientes relacionado con falta de exposición y manifestado por verbalización del problema

##### NOC: 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad

###### Indicadores:

- 180302: Descripción del proceso de la enfermedad. VA 1<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 5<sup>o</sup>
- 180303: Descripción de la causa o factores contribuyentes. VA 1<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 4<sup>o</sup>

##### NOC: 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento

###### Indicadores:

- 260902: Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo. VA 2<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 5<sup>o</sup>
- 260905: Piden información sobre la enfermedad del paciente. VA 2<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 5<sup>o</sup>
- 260906: Los miembros mantienen la comunicación con el miembro enfermo. VA 4<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 5<sup>o</sup>
- 260907: Los miembros animan al miembro enfermo. VA 4<sup>o</sup>; VD 5<sup>o</sup>; VC 5<sup>o</sup>

##### NIC: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad

###### Actividades:

- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Identificar las etiologías posibles.

##### NIC: 7140 Apoyo a la familia

###### Actividades:

- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Favorecer una relación de confianza con la familia.

A: Valor Actual; VD: Valor Deseado y VC: Valor Conseguido.  
Puntuación en la Escala Likert a: (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado.  
Puntuación en la Escala Likert e: (1) ningún conocimiento, (2) conocimiento escaso, (3) conocimiento moderado, (4) conocimiento sustancial, (5) conocimiento extenso.

## DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

### CLASE 2: GESTIÓN DE LA SALUD

#### NANDA 00099: Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con tabaquismo y manifestado por falta de conducta de búsqueda de salud

##### NOC: 1603 Conducta de búsqueda de la salud

###### Indicadores:

- 160301: Hace preguntas relacionadas con la salud. VA 2; VD 5; VC 4
- 160310: Describe estrategias para optimizar la salud. VA 2; VD 5; VC 4

##### NOC: 1906 Control del riesgo: consumo de tabaco

###### Indicadores:

- 190601: Reconoce el riesgo del consumo de tabaco. VA 4; VD 5; VC 5
- 190607: Se compromete con estrategias de control del consumo de tabaco. VA 1; VD 5; VC 4
- 190628: Reconoce las propiedades adictivas del tabaco. VA 4; VD 5; VC 5

##### NIC: 4360 Modificación de la conducta

###### Actividades:

- Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.

##### NIC: 4490 Ayuda a dejar de fumar

###### Actividades:

- Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.
- Informar al paciente sobre productos sustitutivos de la nicotina para ayudar a reducir los síntomas físicos de la abstinencia.

VA: Valor Actual; VD: Valor Deseado y VC: Valor Conseguido.  
Puntuación en la Escala Likert: (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado.

## PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

## Anafilaxia secundaria a alergia farmacológica

NOC: 0414 Estado cardiopulmonar

NOC: 0706 Respuesta alérgica sistémica

NIC: 6412 Manejo de la anafilaxia

Actividades:

- Identificar y eliminar la fuente del alérgeno, si es posible.
- Monitorizar los signos vitales.
- Establecer y mantener una vía aérea permeable.
- Administrar oxígeno a un flujo elevado (10-15 litros por minuto).
- Observar si hay signos de *shock* (p.e.: dificultad respiratoria, arritmias cardíacas, crisis comiciales e hipotensión).
- Administrar espasmolíticos, antihistamínicos o corticoides, según esté indicado, y documentar si existe urticaria, angioedema o broncoespasmo.
- Tranquilizar al paciente y a sus familiares.

NIC: 4090 Manejo de las arritmias

Actividades:

- Canalizar y mantener una vía intravenosa, según corresponda.
- Observar y corregir los déficits de oxígeno, desequilibrios ácido-básicos y desequilibrios de electrolitos que puedan precipitar las arritmias.
- Monitorizar los cambios de electrocardiograma que aumenten el riesgo de desarrollo de arritmias (p.e.: monitorización de arritmias, segmento ST, isquemia e intervalo QT).
- Observar la frecuencia y la duración de la arritmia.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica a la arritmia.
- Determinar si el paciente sufre dolor torácico o síncope asociado con la arritmia.
- Asegurar una rápida disponibilidad de medicamentos de urgencia para la arritmia.
- Administrar Soporte Vital Cardíaco Básico o Avanzado, según corresponda.

NIC: 3140 Manejo de la vía aérea

Actividades:

- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.
- Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.
- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.
- Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado.

atender sus preocupaciones, temores y asesorarlo y guiarlo en el siguiente proceso de su patología<sup>10</sup>. A pesar de que no se ha podido relacionar este síndrome (SK tipo I) con los factores de riesgo cardiovascular, la intervención enfermera también actuó sobre alteraciones detectadas en el estilo de vida y consumo, como medida de promoción y prevención de la salud.

La observación enfermera permitió detectar precozmente las reacciones cutáneas que favorecieron su tratamiento inmediato. Proporcionar información objetiva es vital para que el paciente y familia tomen conciencia de la gravedad del episodio, pero a su vez es una herramienta indispensable para reducir sus temores, resolver dudas, promover el autocuidado y recomendar las pruebas de alergia.

#### Limitaciones

La mayor limitación encontrada fue no poder hacer seguimiento directo de la evolución del paciente ni de su familia, ya que una vez estabilizado y controlada la situación aguda fue trasladado a su hospital de referencia para continuar estudio. Para la resolución completa del caso clínico quedaría por determinar cuál fue el fármaco causante del síndrome de Kounis.

#### Implicaciones para la práctica clínica

El estudio, el conocimiento y la divulgación científica de estos síndromes poco frecuentes son implicaciones directas para la práctica clínica ya que ayudan a proporcionar unos cuidados de enfermería más efectivos y son un marco de referencia para otros casos similares que pueden darse en práctica asistencial.

#### OTRA INFORMACIÓN

Presentado en el 30.º Congreso de la Sociedad Catalana de Cardiología 2018, como Comunicación Póster Fórum.

#### FUENTE DE FINANCIACIÓN

Ninguna.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kounis NG, Zavras GM. Histamine-induced coronary artery spasm: the concept of allergic angina. *Br J Clin Pract.* 1991;45:121-8.
2. Villamil PA, Sánchez LF. Síndrome de Kounis o Angina alérgica. *Rev Colomb Cardiol.* 2017;24(4):382-7.
3. García EM, Agudo JL, Prieto Y, Ferrer V. Síndrome de Kounis. *Arch Cardiol Mex.* 2018;88:79-81.
4. Rico P, Palencia E, Rodríguez M. Síndrome de Kounis. *Med Intensiva.* 2012;36(5):358-64.
5. Molina M, García C, Méndez Y, Galindo PA. Síndrome de Kounis, urgencia diagnóstica - Kounis syndrome: A diagnostic urgency. *Semergen.* 2016;42(7):e133-e135.
6. Kounis N. Kounis syndrome: an update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis and therapeutic management. *Clin Chem Lab Med.* 2016; 54(10): 1545-59.
7. NNNConsult: Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2015 [acceso 12 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
8. Rodrigues MC, Coelho D, Granja C. Drugs that may provoke Kounis Syndrome. *Rev Bras Anestesiol.* 2013;63(5):426-8.
9. Méndez-Betancourt JL, Ramírez-Ramos CF, López-Guevara OA, Osorio-Carmona HE. Síndrome de Kounis, a propósito de un caso. *Acta Med Peru.* 2018;35(1):65-70.
10. González J, Mezquita CM, Aguilar J. SCACEST por picadura de avispa. Caso clínico de Sd. de Kounis. *Ciber Revista IV Época [Internet].* 2015 [acceso 24 de mayo de 2018]; 42:11. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2015/pagina11.html>