



Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



262/77 - INYECCIONES INTRAMUSCULARES: ¿BENEFICIO O RIESGO?

A. Serrano Camacho^a, M. Molina Gracia^b, N. Moya Quesada^c, R. Dueñas Vargas^d y R. Parras Calahorro^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Retamar. Hospital de Alta Resolución de El Toyo. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.

^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 22 años que acude a la consulta de Atención Primaria refiriendo inyección intramuscular en urgencias por dolor menstrual hace una semana, y posteriormente fiebre elevada, odinofagia y diarrea de 3-4 deposiciones por lo que se le trata con azitromicina y antitérmicos, sin mejoría. Acude de nuevo a las 24 horas a la consulta, donde se constata debilidad, anorexia, junto con aparición de exantema corporal en tronco, miembros y cuello, que respeta zona perioral y palmas/plantas. Acompañado de hipotensión arterial y taquicardia sinusal, por lo que su médico de atención primaria decide traslado a urgencias e ingresa en UCI por sospecha de shock séptico. Se le trata con fluidoterapia intensa, perfusión de noradrenalina y antibioterapia empírica con imipenem, clindamicina y linezolid. La evolución clínica es favorable, se traslada a Medicina Interna para continuar evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial en consulta 70/30 Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 140 lpm. Exantema micropapular de predominio en tronco que desaparece a la vitropresión, con hiperemia faríngea. Diuresis de 200 cc a pesar de fluidoterapia intensa. Zona indurada ligeramente en región glútea superior derecha. Analítica: Bioquímica: urea 72, creatinina 2,14, bilirrubina total 2,58, bilirrubina directa 2,5, GGT 69, AST 34, ALT 36, PCR 27, láctico 30,36. Hemograma: Hb 11, Hto 30,9%, leucocitos 12.350 (n 11.720- 95%). Coagulación: actividad protrombina 51,8%, INR 1,49, TTPA 45,6, fibrinógeno 749,6 Resto negativo.

Juicio clínico: Shock séptico por shock toxico estafilocócico (inyección intramuscular con celulitis en glúteo derecho). Fallo hemodinámico. Fracaso renal agudo no oligoúrico. Fallo hemodinámico (plaquetopenia, coagulopatía). Trombocitosis reactiva.

Diagnóstico diferencial: Shock tóxico estafilocócico/estreptocócico. Enfermedades exantemáticas (escarlatina, parvovirus). Gastroenteritis aguda

Comentario final: Evolución favorable tras tratamiento antibiótico empírico, con normalización de alteraciones analíticas. A su alta, estable hemodinámicamente persistiendo en analítica trombocitosis probablemente reactiva. Se puede concluir de este caso que las inyecciones intramusculares en atención primaria y urgencias son usadas con frecuencia sin tener en cuenta los

posibles riesgos graves que pueden conllevar. Igualmente debemos tener en cuenta la igualdad en efectividad del tratamiento oral versus tratamiento intramuscular, sin embargo optamos con frecuencia por el segundo debido a la creencia falsa de que actúa con mayor rapidez y efectividad.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2015.
2. Farreras Rozman Medicina Interna, 18ª ed. Elsevier España.