

Exploración: adenopatías axilares. La paciente que refiere mordedura previa en el 4.º dedo de la mano presenta edema, induración, calor y rubor desde la mano hasta el hombro.

Adenopatías inguinales (2 casos): varón (27 años) y niña (7 años), que acuden por bultoma indurado en ingle. La niña presentaba febrícula. AP: viven en medio rural y con la presencia de gatos domésticos, pero no recuerdan el arañazo. Exploración: adenopatía inguinal dolorosa a la palpación.

En todos los casos se solicitaron serologías, siendo positivas para anticuerpos anti-*Bartonella hensellae* (IgG e IgM). La evolución con el tratamiento antibiótico pautado resultó favorable, con remisión de la clínica en 4-6 meses. En un caso se precisó drenaje quirúrgico.

Comentario

La enfermedad por arañazo de gato suele presentarse como una adenopatía regional. El diagnóstico se realizará por medio de la clínica del paciente, haciendo hincapié en antecedente de contacto con gatos. En muchos casos se solicitan numerosos estudios complementarios innecesarios (ECO, TAC, PAAF, biopsia); siendo el método más sencillo, incruento y económico para confirmar el diagnóstico una serología que determine la presencia de anticuerpos anti-*Bartonella*.

Bibliografía

- Maurin M, Birtles R, Raoult D. Current knowledge of *Bartonella* species. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1997;16:487-506.
- Abarca K, Winter M, Marsac D, Palma C, Contreras AM, Ferrés M. Exactitud y utilidad diagnóstica de la IgM en infecciones por *Bartonella hensellae*. *Rev Chilena Infectol*. 2013;30:125-8.
- Spach DH, Darby E. Infecciones por *Bartonella*, incluida la linforreticulosis benigna. En: Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo L, Jameson L, Loscalzo J, editores. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 17.ª ed. McGraw-Hill; 2009. p. 987-91.
- Cruzado-Sánchez D, Tobón C, Lujan V, Lujan S, Valderrama V. Neuroretinitis por *Bartonella hensellae*: a propósito de un caso con seguimiento por tomografía de coherencia óptica. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30:133-6.
- Pruitsky G, Domecq JP, Mori L, Bebko S, Matzumura M, Sabouni A, et al. Treatment outcomes of human bartonellosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*. 2013;17:e811-9.
- Spach DH, Kaplan SL. Treatment of cat scratch disease. *UpToDate*. 2011.

Marta Rodríguez-Rodríguez^{a,*},
M. Victoria Rodríguez-Rosell^b, María Isabel Blanco-Costa^c
y Jesús Rodríguez-Asensio^b

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Coto, Gijón, Asturias, España*

^b *Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Jario, Coaña, Asturias, España*

^c *Servicio de Microbiología, Hospital de Jario, Coaña, Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.rodriguez2@gmail.com
(M. Rodríguez-Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.010>
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Bayoneta vs. 2 tiempos. El dolor del inyectable



Bayonet vs two times. The pain of the injection

Sr. Editor:

Al año, en los servicios médicos se ponen más de 12 billones de inyecciones intramusculares en el mundo¹.

Los médicos de familia, en nuestra práctica clínica habitual, es muy frecuente que tengamos que desplazarnos a la cabecera de nuestros pacientes para tratar en el domicilio sus dolencias, y en muchos casos administrar, incluso los propios médicos, sobre todo en medios rurales, la medicación intramuscular que precisa el paciente. Es por eso que el profesional debe estar formado^{2,3} en esta técnica, conocer los efectos adversos y las posibles complicaciones.

Conocemos algunas variables que afectan al dolor y a las preferencias de los pacientes sobre la administración de medicamentos vía intramuscular⁴, como puede ser el menor dolor cuando se utilizan 2 agujas diferentes para cargar y para pinchar⁵.

Pero ¿realmente somos conscientes los médicos de cuanto duelen los inyectables y de cuál es la mejor técnica a utilizar para la administración de medicación intramuscular?

Para responder a dicha pregunta hemos realizado un estudio descriptivo transversal para valorar las variables que afectan al dolor de la administración intramuscular. En dicho trabajo 16 profesionales del área de salud de Talavera de la Reina, médicos y enfermeros durante los meses de noviembre 2014 a abril 2015, recogieron datos de los inyectables que pusieron, utilizando su práctica clínica habitual, diferenciándose inyectables en 2 tiempos (primero clavar aguja y luego asociar jeringa cargada) o en bayoneta (jeringa con aguja ya cargada), y realizar cachete o no cachete previa a la administración. Como criterios de inclusión fueron pacientes que acuden a consulta y se les administró medicación de las familias AINE, metamizol, corticoides, antihistamínicos y neurolépticos o medicación psiquiátrica. Se sacan del estudio otros medicamentos como antibióticos (penicilina G benzatina) y otras preparaciones especiales. El trabajo contó con la aprobación del comité de investigación del Área de Salud de Talavera de la Reina y se solicitó el consentimiento informado.

Se recogía información socio-demográfica de los pacientes y una valoración por la escala EVA 1-10 del dolor del inyectable.

Tabla 1 Valores de la escala visual analógica según el dolor de las distintas técnicas

Técnica	Escala visual analógica
Dos tiempos con cachete	24,4 ± 21,94
Bayoneta sin cachete	15,6 ± 23,20
Bayoneta con cachete	8,7 ± 16,71

Se obtienen 483 muestras, con una media edad de 55,7 años (rango: 18-90; mediana: 56), 64% mujeres. La mayoría de los profesionales utilizan la técnica en 2 tiempos (75,50%) no aplicando previamente cachete (53%). Los medicamentos que producían más dolor fueron los neurolépticos (EVA = 32,1), seguidos de metamizol (EVA = 18,5), corticoides, (EVA = 15,8), AINE (EVA = 14,7) y difenhidramina (EVA = 6,4). La media fue de 15,8 puntos (rango: 0-100), mediana: 10, percentil 75: 30), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos ($p > 0,05$).

Analizamos por separado y en conjunto las variables de administración (tabla 1).

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) según se aplica la técnica bayoneta (EVA: 13,4 ± 21,48) frente a la aplicación en 2 tiempos (EVA: 24,2 ± 21,94), estas diferencias no se aprecian si se aplica o no, el cachete.

En conclusión, podemos decir que no existió diferencias significativas entre la percepción del dolor de los distintos grupos de medicamentos y que la técnica menos dolorosa para los pacientes fue la aplicación en bayoneta, precedida del cachete, con respecto a la inyección en 2 tiempos.

Bibliografía

- Nicoll LH, Hesby A. Intramuscular injection: An integrative research review and guideline for evidence-based practice. *Appl Nurs Res.* 2002;15:149-62.

- Altum I, Nursan Cinar D, Canpolat O. Best practice techniques for administration of injections: Impact of lecture based interactive workshop on training nurses. *Pak J Med Sci.* 2010;26:152-7.
- Davidson KM, Rourke L. Teaching best-evidence: Deltoid intramuscular injection technique. *J Nurs Educ Pract.* 2013;3:120-8.
- González González J, Berrocoso Martínez A, de Arriba Muñoz L, Rico García G, Izaguirre Zapatera A, Alfonso Izquierdo M. El arte de curar: estudio sobre vías de administración. Diferencias entre medio rural y urbano. *Rev Clin Med Fam (on line).* 2009;2:340-3.
- Ğaç E, Güneş UY. Effect on pain of changing the needle prior to administering medicine intramuscularly: a randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2011;67:563-8.

Jaime Gonzalez Gonzalez^{a,b,*}, Juan Jose Criado-Alvarez^{b,c}, Fernanda Alcocer Lanza^d y Javier Sanchez Holgado^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa Olalla, Santa Olalla, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM), Toledo, España

^b Departamento Ciencias Médicas, Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, Universidad Castilla-La Mancha, Talavera de la Reina, Toledo, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de La Pueblanueva, Consultorio Médico de San Bartolomé de las Abiertas, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM), Toledo, España

^d Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud La Algodonera, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM), Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaimeg@sescam.jccm.es (J. Gonzalez Gonzalez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.006>
0212-6567/

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

¿Se siguen en nuestro medio las recomendaciones de profilaxis de endocarditis infecciosa? Diferencias entre los profesionales sanitarios implicados



Do we follow recommendations on infective endocarditis prophylaxis? Differences between the health professionals involved

Sr. Editor:

Las recientes guías de práctica clínica sobre endocarditis infecciosa (EI) de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) han mantenido sin cambios, respecto a las previas de 2009, las recomendaciones sobre profilaxis de EI¹. Solo se indica

realizar profilaxis antibiótica ante algunos procedimientos orodentales en pacientes con prótesis valvulares, El previa y cardiopatías congénitas cianógenas o reparadas con material prostético¹. Esto contrasta con lo especificado por las guías NICE británicas de 2008, que recomendaban no hacer profilaxis en ninguna situación de riesgo². Un reciente estudio realizado en Inglaterra ha cuestionado estas recomendaciones, al demostrar un aumento de incidencia de EI tras la publicación y seguimiento de dichas guías³. La percepción en nuestro entorno es que no se están siguiendo las recomendaciones de las guías, como ya demostraban algunos estudios publicados hace algunos años en nuestro país^{4,5}.

Con el objetivo de analizar las pautas de profilaxis de EI seguidas en la actualidad en nuestro medio, y si existen diferencias entre los distintos profesionales implicados, cardiólogos, médicos de atención primaria (MAP) y dentistas, hemos realizado una encuesta en la provincia de Córdoba, mediante un cuestionario *online*. Se seleccionaron de forma aleatoria, mediante los listados de socios de los