

CARTA AL DIRECTOR

Utilización del metronidazol tópico en las úlceras por compresión

Dra. Carmen Moré Chang¹
Lic. Sonia Becerra Barrios²
Lic. Miriam Díaz Oliva²

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi-experimental donde se seleccionaron 750 pacientes con úlceras por compresión hemodinámicamente estables, a los cuales se les aplicó tratamiento con metronidazol en polvo estéril en la lesión. Se demostró efectividad terapéutica del 99%.

DeCS:

ULCERA POR DECUBITO
METRONIDAZOL/uso terapéutico

SUMMARY

It was carried out a quasi-experimental study where 750 patients with ulcers for compression hemodynamically stable were selected, to which was applied treatment with sterile powdered metronidazol in the lesion. Therapeutic effectiveness of 99% was demonstrated.

MeSH:

DECUBITUS ULCER
METRONIDAZOLE/therapeutics, use

Sr. Director:

Las úlceras por compresión son muy frecuentes en nuestro medio y suelen originarse por una presión excesivamente prolongada de los tejidos entre una prominencia ósea y una cama o silla sobre la cual reposa el enfermo.^{1,2} El paciente que presenta una anestesia cutánea a causa de una paraplejía no advierte un malestar que proviene de una excesiva permanencia en una determinada posición. La presión prolongada causa anoxia de los tejidos blandos, trombosis de pequeños vasos y necrosis. La fricción, contusión, espasticidad, nutrición deficiente, humedad y atonía son factores coadyuvantes.³ En el tratamiento de las úlceras lo más importante es su profilaxis; si las medidas preventivas fracasan existen métodos convencionales para su curación. El metronidazol es un compuesto heterocíclico derivado del nitroimidazol, cuyo mecanismo de acción se basa en la reducción del grupo nitro con la formación de un metabolito que reacciona con el ADN e inhibe la síntesis de los ácidos nucleicos.^{3,4}

Es activo contra bacterias anaeróbicas y protozoarios por su capacidad mutagénica al provocar una reacción química reductiva intracelular anaeróbica.^{5,6}

¿Será útil el metronidazol en el tratamiento de la úlcera por compresión? El planteamiento de este problema nos conduce al establecimiento de la formulación hipotética de que el metronidazol es efectivo en la cicatrización de la lesión, por tanto, ¿cuál es el tiempo mínimo requerido para la consolidación de este proceso? Para la solución de este problema científico se realizó un estudio cuasi-experimental prospectivo longitudinal de control mínimo con muestras relacionadas, de donde se escogieron 750 pacientes de ambos sexos y edades comprendidas entre 15 y 60 años, con condiciones hemodinámicas estables y úlceras por compresión, ingresados en los servicios quirúrgicos, clínicos y paraclínicos del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Millán Castro" de Santa Clara, por muestreo opinático, previo consentimiento informado de los mismos, durante el período de años entre 2000 y 2004; la evaluación consistió en la aplicación de un protocolo para la valoración inicial, a los siete y 20 días de aplicado el tratamiento, que consistió en lavado con agua y jabón, secado posterior e instilación en la lesión de 50mg de metronidazol (polvo estéril) para un diámetro de 4cm de lesión, y si la profundidad excedía 1cm se agregó 100mg más del medicamento.

La efectividad terapéutica del procedimiento se determinó al final del tratamiento por los siguientes criterios:

Buena: reducción de un 10% del diámetro de la úlcera a los siete días ó 40% a los 20 días.

Regular: reducción de un 5% del diámetro de la úlcera a los siete días ó 20% a los 20 días.

Mala: reducción de menos de un 5% del diámetro de la úlcera a los siete días, 20% a los 20 días o aumento del tamaño de la lesión.

Para el análisis de la información obtenida se utilizó el paquete estadístico SPSS, se crearon distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, el cálculo inferencial se realizó con la prueba de chi cuadrado.

A los siete días de tratamiento 562 pacientes (75%) evolucionaron satisfactoriamente. A los 20 días 665 fueron evaluados de bien (89% de efectividad), 75 de regular y 10 no curados.

El metronidazol tiene una efectividad terapéutica de un 89% en los pacientes con úlcera por compresión hemodinámicamente estables, hallazgo informado por otros autores,⁷⁻¹⁰ con un tiempo mínimo de siete días para que se evidencie su efecto.

¿Obtenemos los mismos resultados en igual tiempo de acción cuando empleamos el tratamiento con ácido acético al 1% u otros agentes químicos en la úlcera por compresión?

Con el empleo de agentes físicos de aplicación local usados en fisioterapia y rehabilitación, no solo suben los gastos sino también la estadía hospitalaria.

¿Podemos plantear la generalización de este procedimiento terapéutico formulado a partir de su superioridad terapéutica en relación al tratamiento convencional con un tiempo menor de acción?

En el análisis de los costos en relación a otros tratamientos ensayados como es la ciprofloxacina y la amikacina, es obvio que hay que cuestionar estas terapias en busca de un procedimiento más económico e inocuo que resuelva con mayor efectividad cada daño potencial; esta comunicación acerca del metronidazol sirve como referencia para gestar nuevos protocolos de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seok JI, Yi H, Song YM, Lee WY. Metronidazole surgical treatment of decubitus ulcers. *Plast Reconstr Surg*. 2002;20:206-10.
2. Lowe NJ. Use of topical metronidazole in moderate to severe rosacea. *Adv Ther*. 2003;20(4):177-90.
3. Jansson AK, Enblad P, Sjolín J. The surgical repair of decubitus ulcer in paraplegia: Further observation. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2004;23(1):7-14.
4. Slik CJ, Martn GL, Sortor BV. Common intestinal parasites. *Am Fam Physician*. 2004;69(5):1161-8.
5. Mombelli A, Samaranayake LP. Topical and systemic antibiotics in the management of periodontal diseases. *Int Dent J*. 2004;54(1):3-14.
6. Swain BT, Ellis CN. Fibrin glue treatment of low rectal and pouch-anal anastomotic sinuses. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(2):253-5.
7. Klebanoff MA, Hauth JC, MacPherson CA, Carey JC, Heine RP, Wapner RJ, et al. Time course of the regression of asymptomatic bacterial vaginosis in pregnancy with and without treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(2):362-70.
8. Haffajee AD, Socransky SS, Gunsolley JC. Systemic anti-infective periodontal therapy. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003;8(1):115-81.
9. Hanes PJ, Purvis JP. Local anti-infective therapy: pharmacological agents. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003;8(1):79-98.
10. Chisholm SA, Owen RJ. Frameshift mutations in frxA occur frequently and do not provide a reliable marker for metronidazole resistance in UK isolates of helicobacter pylori. *J Med Microbiol*. 2004;53(2):135-40.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Laboratorio Clínico. Diplomado en Homeopatía y Dirección Integrada. Profesora Instructora. ISCM-VC.
2. Licenciada en Enfermería.