

Revisión Cochrane

Antisépticos para las quemaduras



Gill Norman, Janice Christie, Zhenmi Liu, Maggie J Westby, Jayne M Jefferies, Thomas Hudson, Jacky Edwards, Devi Prasad Mohapatra, Ibrahim A Hassan, Jo C Dumville
Cómo citar la revisión: Norman G, Christie J, Liu Z, Westby M, Jefferies J, Hudson T, Edwards J, Mohapatra D, Hassan I, Dumville J. Antisépticos para las quemaduras.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 7. Art. No.: CD011821. DOI: 10.1002/14651858.CD011821.

Versión reducida de la revisión.

Clínica Alemana de Santiago es un Centro Cochrane adjunto.

Resumen

Antecedentes

Las heridas por quemadura causan niveles altos de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Los pacientes con quemaduras son particularmente vulnerables a las infecciones; más del 75% de todas las muertes debido a quemaduras (después de la reanimación inicial) son resultado de la infección. Los antisépticos son agentes tópicos que actúan para prevenir el crecimiento de microorganismos. Se utiliza una amplia variedad con la intención de prevenir la infección y promover la cicatrización de las heridas por quemadura.

Objetivos

Evaluar los efectos y la seguridad de los antisépticos para el tratamiento de las quemaduras en cualquier contexto de atención.

Estrategia de búsqueda

En septiembre 2016, se hicieron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Heridas (Cochrane Wounds Specialised Register), en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL) Ovid MEDLINE, Ovid MEDLINE (In-Process & Other Non-Indexed Citations), Ovid Embase y en EBSCO CINAHL. También se buscó en tres registros de ensayos clínicos y en las referencias de los estudios incluidos y las revisiones sistemáticas relevantes. No hubo restricciones con respecto al idioma, la fecha de publicación o el ámbito de estudio.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos controlados aleatorios (ECA) que reclutaron pacientes con cualquier herida por quemadura y evaluaron la administración de un tratamiento tópico con propiedades antisépticas.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, seleccionaron los estudios, evaluaron el riesgo de sesgo y extrajeron los datos.

Resultados principales

Se incluyeron 56 ECA con 5807 participantes asignados al azar. Casi todos los ensayos informaron la metodología de manera deficiente, lo que significa que no está claro si tuvieron alto riesgo de sesgo. En muchos casos los resultados primarios de la revisión, la cicatrización de la herida y la infección, no se informaron o se informaron de manera incompleta.

La mayoría de los ensayos reclutaron pacientes con quemaduras recientes, descritas como de segundo grado y menos del 40% del área de superficie corporal total; la mayoría de los participantes eran adultos. Los agentes antisépticos evaluados fueron: con plata, miel, áloe vera, con yodo, clorhexidina o polihexanida (biguanidas), hipoclorito de sodio, merbromina, lactato de etacridina, nitrato de cerio y Arnebia euchroma. La mayoría de los estudios compararon un antiséptico con un antibiótico tópico, principalmente la sulfadiazina de plata (SDP); otros compararon un antiséptico con un tratamiento no antibacteriano u otro antiséptico. La mayoría de la evidencia se evaluó como de confiabilidad baja o muy baja, a menudo debido a la imprecisión que fue resultado de pocos participantes, bajas tasas de eventos, o ambos, a menudo en estudios únicos.

Antisépticos versus antibióticos tópicos

En comparación con el antibiótico tópico SDP, hay evidencia de confiabilidad baja de que, como promedio, no hay diferencias claras en el riesgo de cicatrización (probabilidades de cicatrización con el transcurso del tiempo), entre los antisépticos con plata y la SDP (CRI 1,25; IC del 95%: 0,94 a 1,67; I² = 0%; tres estudios; 259 participantes); los antisépticos con plata pueden, como promedio, aumentar el número de eventos de cicatrización a los 21 o 28 días de seguimiento (CR 1,17; IC del 95%: 1,00 a 1,37; I² = 45%; cinco estudios; 408 participantes) y pueden, como promedio, reducir el tiempo medio transcurrido hasta la cicatrización (diferencia de medias -3,33 días; IC del 95%: -4,96 a -1,70; I² = 87%; 10 estudios; 979 participantes).

Hay evidencia de confiabilidad moderada de que, como promedio, las quemaduras tratadas con miel tienen probablemente más probabilidades de sanar con el transcurso del tiempo en comparación con los antibióticos

tópicos (CRI 2,45; IC del 95%: 1,71 a 3,52; I² = 66%; cinco estudios; 140 participantes).

Hay evidencia de confiabilidad baja a partir de ensayos individuales de que el hipoclorito de sodio puede, como promedio, reducir ligeramente el tiempo medio transcurrido hasta la cicatrización en comparación con la SDP (diferencia de medias -2,10 días; IC del 95%: -3,87 a -0,33; diez participantes [20 quemaduras]), al igual que la merbromina en comparación con la sulfadiazina de cinc (diferencia de medias -3,48 días; IC del 95%: -6,85 a -0,11; 50 participantes relevantes). Otras comparaciones con evidencia de confiabilidad baja o muy baja no encontraron diferencias claras entre los grupos.

La mayoría de las comparaciones no informaron datos sobre la infección. Según los datos disponibles no es posible tener seguridad acerca de si los tratamientos antisépticos aumentan o reducen el riesgo de infección en comparación con los antibióticos tópicos (evidencia de confiabilidad muy baja).

Antisépticos versus antisépticos alternativos

Puede haber alguna reducción del tiempo medio transcurrido hasta la cicatrización en las heridas tratadas con povidona yodada en comparación con clorhexidina (DM -2,21 días; IC del 95%: 0,34 a 4,08). Otra evidencia no mostró diferencias claras y la confiabilidad es baja o muy baja.

Antisépticos versus comparadores no antibacterianos

Se encontró evidencia de confiabilidad alta de que el tratamiento de las quemaduras con miel, como promedio, redujo el tiempo transcurrido hasta la cicatrización en comparación con los tratamientos no antibacterianos (diferencia de medias -5,3 días; IC del 95%: -6,30 a -4,34; I² = 71%; cuatro estudios; 1156 participantes), pero esta comparación incluyó algunos tratamientos no convencionales como la membrana amniótica y la cáscara de la papa. Hay evidencia de confiabilidad moderada de que la miel quizás también aumenta la probabilidad de que las heridas cicatricen con el transcurso del tiempo en comparación con tratamientos antibacterianos no convencionales (CRI 2,86; IC del 95%: 1,60 a 5,11; I² = 50%; dos estudios; 154 participantes).

Hay evidencia de confiabilidad moderada de que, como promedio, las quemaduras tratadas con apósitos de plata nanocrystalina probablemente tienen un tiempo medio

transcurrido hasta la cicatrización algo más corto que las tratadas con gasa con vaselina (diferencia de medias -3,49 días; IC del 95%: -4,46 a -2,52; I² = 0%; dos estudios, 204 participantes), pero la confiabilidad baja significa que puede haber poca o ninguna diferencia en el número de eventos de cicatrización a los 14 días entre las quemaduras tratadas con xenoinjerto de plata o gasa de parafina (CR 1,13; IC del 95%: 0,59 a 2,16; un estudio; 32 participantes). Otras comparaciones presentaron evidencia de confiabilidad baja o muy baja.

No está claro si las tasas de infección en las quemaduras tratadas con antisépticos con plata o con miel difieren en comparación con los tratamientos no antimicrobianos (evidencia de confiabilidad muy baja). Probablemente no hay diferencias en las tasas de infección entre un tratamiento con yodo en comparación con pomada húmeda para quemaduras expuestas (evidencia de confiabilidad moderada). Tampoco está claro si las tasas de infección difieren para la SDP más nitrato de cerio, en comparación con la SDP sola (evidencia de confiabilidad baja).

En los casos en que se informó, la mortalidad fue baja. La mayoría de las comparaciones proporcionaron evidencia de confiabilidad baja de que puede haber poca o ninguna diferencia entre muchos tratamientos. Puede haber menos muertes en los grupos tratados con nitrato de cerio más SDP en comparación con SDP sola (CR 0,22; IC del 95%: 0,05 a 0,99; I² = 0%, dos estudios, 214 participantes) (evidencia de baja confiabilidad).

Conclusiones de los autores

Con frecuencia no estuvo claro si los antisépticos se asociaron con alguna diferencia en la cicatrización, las infecciones u otros resultados. Cuando existe evidencia de confiabilidad moderada o alta, los encargados de tomar las decisiones deben considerar la aplicabilidad en sus pacientes de la evidencia de la comparación. El informe fue deficiente, hasta el grado en que no existe seguridad de que la mayoría de los ensayos estén exentos de riesgo de sesgo.

Resumen en términos sencillos

Antisépticos para las quemaduras Pregunta de la revisión

Se examinó la evidencia acerca de si los antisépticos son seguros y efectivos para tratar las heridas por quemadura.

Antecedentes

Las heridas por quemadura causan muchas lesiones y muertes en todo el mundo. Los pacientes con heridas por quemadura son especialmente vulnerables a las infecciones. Los antisépticos evitan el crecimiento de microorganismos como las bacterias. Se pueden aplicar a las heridas por quemadura en apósitos o enjuagues, lo que puede ayudar a prevenir la infección y promover la cicatrización de la herida. Se deseaba determinar si los antisépticos son más efectivos que otros tipos de tratamiento, o si un antiséptico puede ser más efectivo que otro para reducir la infección y acelerar la cicatrización.

Características de los estudios

En septiembre de 2016 se buscaron los ensayos controlados aleatorios (ECA) que incluyeron tratamientos antisépticos para las heridas por quemadura. Se incluyeron 56 estudios con 5807 participantes. La mayoría de los participantes fueron adultos con quemaduras recientes de segundo grado que tomaron menos del 40% del área de superficie corporal total. Los antisépticos utilizados fueron: con plata, miel, con yodo, clorhexidina o polihexanida (biguanidas). La mayoría de los estudios compararon antisépticos con un antibiótico tópico (aplicado a la piel). Un número más pequeño de estudios comparó antisépticos con un tratamiento no antibacteriano o con otro antiséptico.

Resultados clave

La mayoría de los estudios compararon los tratamientos antisépticos con la sulfadiazina de plata (SDP), un antibiótico tópico utilizado con frecuencia en el tratamiento de las quemaduras. Hay evidencia de confiabilidad baja de que algunos antisépticos pueden acelerar el tiempo promedio transcurrido hasta la cicatrización en comparación con la SDP. También hay evidencia de confiabilidad moderada de que las quemaduras tratadas con miel probablemente cicatrizan más rápido en comparación con las tratadas con antibióticos tópicos. La mayoría de las demás comparaciones no mostraron diferencias claras entre los antisépticos y los antibióticos.

Hay evidencia de que las quemaduras tratadas con miel cicatrizan más rápido (evidencia de confiabilidad alta) y tienen más probabilidades de cicatrizar (evidencia de confiabilidad moderada) en comparación con las que recibieron varios tratamientos no antibacterianos, algunos de los cuales no eran tratamientos convencionales. Las quemaduras tratadas con antisépticos como la plata nanocristalina o la merbromina pueden cicatrizar más rápido de media que

las tratadas con gasa de vaselina u otros tratamientos no antibacterianos (evidencia de confiabilidad moderada o baja). Las comparaciones de dos antisépticos diferentes fueron limitadas, pero el tiempo promedio transcurrido hasta la cicatrización puede ser algo más rápido en las heridas tratadas con povidona yodada en comparación con clorhexidina (evidencia de confiabilidad baja). Pocos participantes en los estudios experimentaron efectos secundarios graves, pero esto no siempre fue informado. Los resultados no permiten tener seguridad acerca de las diferencias en las tasas de infección. En los casos en que se informó, la mortalidad fue baja.

Calidad de la evidencia

La mayoría de los estudios no se informaron de manera adecuada, lo que dificulta tener seguridad acerca de si presentan riesgo de sesgo. En muchos casos un estudio único (a menudo pequeño) proporciona toda la evidencia de los efectos comparativos de los diferentes tratamientos; y algunos estudios similares proporcionaron resultados contradictorios. Cuando existe evidencia de confiabilidad moderada o alta los médicos deberán considerar si la evidencia de la comparación es relevante para sus pacientes.

Este resumen en términos sencillos está actualizado hasta septiembre 2016.

Carátula

Autores

Gill Norman¹, Janice Christie¹, Zhenmi Liu¹, Maggie J Westby¹, Jayne M Jefferies², Thomas Hudson², Jacky Edwards³, Devi Prasad Mohapatra⁴, Ibrahim A Hassan⁵, Jo C Dumville¹

Filiación

¹University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, Division of Nursing, Midwifery & Social Work, School of Health Sciences, Faculty of Biology, Medicine & Health, Jean McFarlane Building, Oxford Road, Manchester, UK, M13 9PL

²National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Evidence Information Services, Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester, UK, M1 4BT

³University Hospital of South Manchester NHS Foundation Trust, Wythenshawe Hospital, Burn Centre, Acute Block, Southmoor Road, Manchester, UK, M23 9LT

⁴Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research (JIPMER), Plastic Surgery, Department of Plastic Surgery, 4th Floor, Superspeciality Block, JIPMER, Puducherry, India, 605006

⁵University Hospital of South Manchester NHS Foundation Trust, Wythenshawe Hospital, Microbiology, Southmoor Road, Manchester, UK, M23 9LT

Información de contacto

Gill Norman

University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, Division of Nursing, Midwifery & Social Work, School of Health Sciences, Faculty of Biology, Medicine & Health, Jean McFarlane Building, Oxford Road, Manchester, UK, M13 9PL

E-mail: gill.norman@manchester.ac.uk