

MEPILEX[®] AG EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS DE ESPEJOR PARCIAL:

Revisión de la evidencia clínica



Wounds
INTERNATIONAL

Publicado por

Wounds International
Una división de Omniamed Communications Ltd
108 Cannon Street
Londres EC4N 6EU, Reino Unido
Tel.: +44 (0)20 3735 8244
Correo electrónico: info@omniamed.com
www.woundsinternational.com



© Wounds International, 2022

Cita sugerida

Pawlak U, Davies P (2022) *Mepilex® Ag in the management of partial-thickness burns: A review of the clinical evidence (Mepilex® Ag en el tratamiento de las quemaduras de espesor parcial: revisión de la evidencia clínica)*. Wounds International, Londres. Disponible para la descarga en www.woundsinternational.com

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción, transmisión o copia de este documento sin autorización escrita. Queda prohibida la reproducción total o parcial de este documento, así como su almacenamiento en un sistema de recuperación o transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (mecánico, electrónico, de fotocopia, de grabación o de otro tipo) sin la autorización previa por escrito de Mölnlycke Health Care AB o de conformidad con la legislación de derechos de autor correspondiente. Aunque los autores han puesto especial cuidado en garantizar la exactitud, ni los autores ni Mölnlycke Health Care AB serán responsables de cualquier error de omisión o exactitud en este documento. Los productos a los que se refieren los autores deben utilizarse de acuerdo con las instrucciones de uso suministradas con ellos.

Las marcas, nombres y logotipos de Mölnlycke, Mepilex y Safetac están registrados en todo el mundo a nombre de una o más empresas del Grupo Mölnlycke Health Care.

Con el apoyo de un subsidio educativo de Mölnlycke Health Care.



Declaración de intereses

Este artículo es obra de los empleados de Mölnlycke Health Care. No se ha sometido a una revisión por pares doble ciego.

AUTORES

Ulana Pawlak directora de Desarrollo Clínico Global, Asuntos Médicos y Económicos, Mölnlycke Health Care, Gotemburgo, Suecia

Philip Davies, director de Asuntos Médicos Globales, Asuntos Médicos y Económicos, Mölnlycke Health Care, Gotemburgo, Suecia

LAS QUEMADURAS Y LA FUNCIÓN DE LOS APÓSITOS

RESUMEN

Las lesiones por quemaduras son el resultado del contacto directo con fuego o llamas, líquidos o superficies calientes y fuentes eléctricas que causan daño celular en la piel, y agentes químicos que dañan las estructuras cutáneas (Toussaint y Singer, 2014).

Aunque la gestión de las emergencias mejore, las quemaduras siguen causando una morbilidad significativa (Warby y Maani, 2019); se estima que, a nivel mundial, las quemaduras causan cada año 180 000 muertes, que se producen principalmente en el hogar y el lugar de trabajo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). En 2008, se registraron más de 410 000 lesiones por quemaduras en los Estados Unidos de América, y aproximadamente 40 000 de las víctimas requirieron hospitalización (OMS, 2018). En el Reino Unido, hay aproximadamente 13 000 víctimas de quemaduras hospitalizadas y 300 muertes anuales, con una tasa de mortalidad del 2.31% (Page et al, 2017). Además, se estima que más de 10 millones de personas sufren quemaduras cada año en China (Zheng et al, 2019).

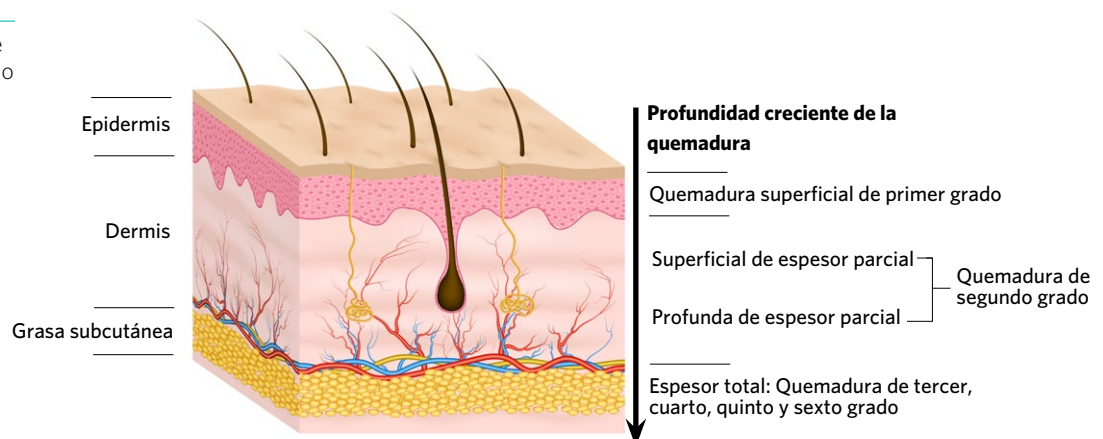
CATEGORIZACIÓN DE LAS QUEMADURAS

Las quemaduras representan un tipo de herida complejo. Varían significativamente en términos de gravedad, con una amplia variedad de necesidades clínicas que dependen de un espectro de factores, como la ubicación anatómica, el grado de temperatura, la duración, la superficie y la profundidad (Evans et al, 2010). Las quemaduras se clasifican generalmente por profundidad, según las siguientes categorías (Warby y Maani, 2019):

- **Superficiales (primer grado):** afectan solo a la epidermis de la piel; tienen un aspecto rosado-rojizo, seco pero sin ampollas; suelen curarse sin dejar cicatriz en 5 a 10 días.
- **De espesor parcial.**
 - **Superficiales de espesor parcial (segundo grado):** afectan a la dermis superficial; tienen un aspecto rojo, húmedo y con ampollas; el eritema palidece con la presión; se asocian a un dolor intenso; suelen curarse en 3 semanas con una cicatriz mínima
 - **Profundas de espesor parcial (segundo grado):** afectan a la dermis más profunda; tienen un aspecto blanco amarillento y seco; no palidecen con la presión; se asocia a un dolor mínimo debido a la disminución de la sensibilidad; suelen curarse en 3 a 8 semanas con cicatrización.
- **De espesor total (requieren injerto de piel)**
 - **De tercer grado:** afectan a todo el espesor de la piel y las estructuras subcutáneas; tienen un aspecto blanco o negro/marrón, correoso y seco; no palidecen con la presión; se asocian con un dolor mínimo o nulo debido a la disminución de la sensibilidad; se curan por contracción y suelen tardar más de 8 semanas; requieren un injerto de piel.
 - **De cuarto grado:** asociadas a piel carbonizada con posible hueso expuesto.
 - **De quinto grado:** asociadas a piel blanca carbonizada y hueso expuesto.
 - **Sexto grado:** asociadas a la pérdida de piel y al hueso expuesto.

En la **Figura 1** se muestra una representación de las capas de la piel y cómo se ven afectadas por las quemaduras según su categoría.

Figura 1 | Clasificación de las quemaduras y su grado de impacto en la piel



En el **Cuadro 1** se explica lo que ocurre cuando la piel se quema (adaptado de Church et al, 2006).

Cuadro 1. Qué ocurre cuando la piel se quema (adaptado de Church et al, 2006)

La ruptura de la barrera cutánea es el sello distintivo de las lesiones por quemaduras. El cuerpo intenta mantener la homeostasis iniciando un proceso de contracción, retracción y coagulación de los vasos sanguíneos inmediatamente después de la lesión por quemadura.

La inflamación local tras una lesión es esencial para la curación de la herida y la defensa del huésped contra la infección. Por lo tanto, tras una lesión térmica, el sistema inmunitario innato responde inmediatamente estimulando reacciones inflamatorias localizadas y sistémicas.

Una lesión térmica significativa induce un estado de inmunosupresión que aumenta el riesgo de infección.

Al examinar una quemadura, hay cuatro componentes que se deben considerar para determinar la profundidad (Toussaint y Singer, 2014):

- Aspecto
- Palidecen con la presión
- Dolor
- Sensación

Es importante tener en cuenta que las quemaduras pueden presentarse de forma diferente en distintos tipos y tonos de piel; por ejemplo, gran parte de las pruebas en la bibliografía se basan principalmente en observaciones de individuos de piel clara, mientras que las quemaduras en individuos de piel oscura pueden presentarse de forma diferente (Boissin et al, 2015).

RETOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

Aunque las tasas de morbimortalidad de las quemaduras graves siguen siendo elevadas, la escisión temprana de la herida por quemadura y el injerto de piel son ahora prácticas clínicas habituales que han mejorado considerablemente los resultados de las personas con quemaduras graves. Sin embargo, la lenta cicatrización de las heridas, la infección, el dolor y la cicatrización hipertrófica siguen siendo los principales retos en el tratamiento de las quemaduras (Wang et al, 2018). Las quemaduras de espesor parcial suelen presentar una serie de retos clínicos que se comentan a continuación.

Infección

Las infecciones de las heridas por quemadura son una de las complicaciones más importantes y potencialmente graves que se producen en el periodo agudo posterior a la lesión (Church et al, 2006). La reducción del riesgo de infección se considera la máxima prioridad en el tratamiento de las heridas por quemadura (Wounds International, 2014).

Los individuos con quemaduras son susceptibles de contraer infecciones; por lo tanto, los esfuerzos sostenidos para mantener el control de la infección y la atención a la prevención de la transmisión de microorganismos patógenos son vitales, según las directrices de práctica de la Sociedad Internacional de Lesiones por Quemaduras (ISBI, International Society for Burn Injuries) para el cuidado de las quemaduras (ISBI, 2016). Se reconoce que la escisión temprana de una quemadura en una unidad especializada en quemaduras puede mejorar la supervivencia y puede reducir el riesgo de sepsis, que es la principal causa de muerte de las personas con quemaduras (ISBI, 2016).

Las superficies de las heridas por quemaduras son estériles inmediatamente después de la lesión térmica, pero se colonizan rápidamente con microorganismos, ya que las heridas proporcionan un entorno ideal para el crecimiento bacteriano (Erol et al, 2004). Las bacterias grampositivas que sobreviven a la quemadura inicial (por ejemplo, los *estafilococos* localizados en la profundidad de las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos) recolonizan la superficie de la herida en las primeras 48 horas de la lesión, a menos que se utilicen agentes antimicrobianos tópicos. Posteriormente, en un plazo de 5 a 7 días, las heridas se colonizan con otros microorganismos, entre ellos bacterias grampositivas, bacterias gramnegativas y levaduras derivadas de la microbiota gastrointestinal y respiratoria superior normal del huésped, o del entorno hospitalario o que son transferidas por las manos del personal de salud (Erol et al, 2004).

Existen estudios que han confirmado la importancia de las biopelículas en la patogénesis de las infecciones de las heridas por quemaduras; algunos experimentos *in vitro* con cepas de *Pseudomonas aeruginosa* recuperadas de heridas por quemaduras humanas han demostrado que pueden formarse biopelículas maduras en un plazo aproximado de 10 horas tras la lesión (Harrison-Balestra, 2003).

Si se produce una infección, puede causar un retraso en la maduración epidérmica y conducir a la formación de tejido cicatricial adicional; el retraso en la curación también aumenta el riesgo de que se desarrollen más complicaciones y puede causar un mayor dolor y angustia al individuo (Wounds International, 2014).

Exceso de exudación

Las quemaduras son un tipo de herida típicamente afectada por una elevada producción de exudado (WUWHS, 2019), sobre todo en la fase inicial de la curación de la herida. Una elevada producción de exudado puede asociarse a dolor y molestias en la herida, sobre todo al cambiar el apósito, y a una predisposición al traumatismo y la alteración del lecho de la herida (Dowsett et al, 2012; Wounds UK, 2013).

Otros retos

La desecación de la herida, la infección, el mal manejo del paciente y el cuidado inadecuado de la herida pueden dar lugar a complicaciones (Wounds International, 2014), como la evolución de las quemaduras de espesor parcial hacia la pérdida de piel de espesor total, lo que provoca la necesidad de una costosa intervención quirúrgica y un mayor riesgo de morbimortalidad. Por lo tanto, los objetivos del tratamiento local de las heridas deben incluir la prevención de la desecación del tejido viable y el control de la carga microbiana mediante la cura húmeda de las heridas (Wounds International, 2014).

Además, hay desafíos asociados con la función de los antimicrobianos tópicos, como la supervisión de la administración de antibióticos y la duración del tratamiento (Ray et al, 2019).

El objetivo general de la atención de las quemaduras es minimizar los efectos adversos causados por la lesión en términos de mantener la amplitud de movimiento, minimizar el desarrollo de contracturas y el impacto de la cicatrización, maximizar la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la integración social (Procter, 2010). Los objetivos del tratamiento tópico incluyen promover la cicatrización de la herida, prevenir la infección de la herida y la pérdida del injerto, mantener el movimiento y la función de la parte del cuerpo afectada y lograr un cierre oportuno (Wounds UK, 2013; Wounds International, 2014).

FUNCIÓN DE LOS ANTIMICROBIANOS TÓPICOS

El término "antimicrobiano" se utiliza para describir todos los agentes supresores de microorganismos: incluye desinfectantes, antisépticos y antibióticos (Vowden et al, 2011).

El tratamiento antimicrobiano para las quemaduras es importante, y lo más habitual es que la terapia antimicrobiana prescrita para las personas con quemaduras se administre por vía tópica. Los estudios han demostrado la función de los antimicrobianos tópicos en la disminución de la morbilidad en individuos con lesiones por quemaduras con afectación de la piel de espesor parcial o total. La aplicación de un agente antimicrobiano tópico eficaz reduce sustancialmente la carga microbiana en la superficie de la herida abierta por quemadura y disminuye el riesgo de infección (Church et al, 2006).

Impulsada por un aumento de la resistencia microbiana a los antibióticos, la tendencia es utilizar cada vez más los antimicrobianos tópicos frente a los antibióticos sistémicos. La resistencia a los antimicrobianos (RAM) es un problema grave y creciente, que se produce cuando los microorganismos evolucionan con el tiempo y dejan de responder a antimicrobianos específicos, a grupos de antimicrobianos o incluso a cualquier tratamiento antimicrobiano (Fletcher et al, 2020). Los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) son un enfoque en el que se utilizan prácticas clínicas y productos que intentan minimizar la posibilidad de que los microorganismos desarrollen resistencia. En todo manejo de las infecciones debe tenerse en cuenta los enfoques asistenciales basados en PROA (Fletcher et al, 2020).

Los antimicrobianos tópicos también se utilizan cada vez más junto con los antibióticos sistémicos para proporcionar un tratamiento antimicrobiano complementario para las heridas que están clínicamente infectadas o en riesgo de infección (Davies et al, 2017).

Los agentes antimicrobianos tópicos que tienen una eficacia de amplio espectro combinada con un bajo potencial de absorción sistémica y toxicidad, lo que los hace adecuados como parte de por lo que son adecuados como parte de un enfoque de PROA, incluyen el yodo, el zinc, la miel y las preparaciones y apósitos a base de plata (Vermeulen et al, 2007; Lipsky y Hoey, 2009; Davies et al, 2017).

La plata como antimicrobiano tópico

La plata se ha utilizado durante siglos por sus propiedades antimicrobianas en muchas formas diferentes. La plata ionizada tiene una actividad de amplio espectro contra los microorganismos, al tiempo que no causa toxicidad ni RAM, por lo que es un antimicrobiano tópico adecuado para su uso en la prevención de infecciones agudas en individuos con mayor riesgo, para tratar la infección localizada de las heridas y, junto con antibióticos sistémicos, para tratar la propagación local o la infección sistémica de las heridas (Davies et al, 2017). La plata está recomendada como antimicrobiano tópico para las quemaduras por el International Wound Infection Institute (IWII; 2016). En el **Cuadro 2** se describe cómo funciona la plata.

Cuadro 2. Cómo funciona la plata (adaptado de Wounds International, 2012)

En su forma metálica (elemental), la plata no es reactiva y no puede eliminar los microorganismos. Para ser activos, los átomos de plata (denominados Ag o Ag⁰) deben perder un electrón y convertirse en iones de plata con carga positiva (Ag⁺). La plata elemental se ioniza en el aire, pero se ioniza más fácilmente cuando se expone a un entorno acuoso, como el exudado de una herida. En cambio, los compuestos de plata contienen iones de plata positivos unidos a iones o moléculas con carga negativa. Cuando se exponen a ambientes acuosos, algunos de los iones de plata se desprenden del compuesto.

Los estudios sobre los efectos de los apósitos de plata en modelos experimentales de biopelículas han indicado que la plata puede reducir la adhesión bacteriana y desestabilizar la matriz de la biopelícula, así como eliminar las bacterias dentro de la matriz y aumentar la susceptibilidad de las bacterias a los antibióticos (si deben utilizarse; Percival et al, 2008; Thorn et al, 2009; Kostenko et al, 2010).

Apósitos antimicrobianos

Los apósitos antimicrobianos ofrecen muchos beneficios, entre ellos los siguientes (Vowden et al, 2011):

- Fáciles de usar
- Amplia disponibilidad
- A menudo son más asequibles que los antibióticos
- Disponibles sin receta médica
- Menos asociados al riesgo de RAM que los antibióticos.

Además de controlar la carga microbiológica, los apósitos antimicrobianos, impregnados con un agente antimicrobiano como la plata, pueden ayudar a crear un entorno que favorezca la cicatrización de la herida, adaptado al tipo de herida individual.

Los apósitos que contienen plata se utilizan en heridas con mayor riesgo de infección, para tratar la infección localizada de la herida y, junto con antibióticos sistémicos, para tratar la propagación local o la infección sistémica de la herida (IWII, 2016).

Además, en términos de relación costo-eficacia, los estudios han demostrado que los apósitos que contienen plata se asocian con (Wounds International, 2012):

- Reducción de los tiempos de curación
- Estancias hospitalarias más cortas
- Reducción de la frecuencia de cambio de apósitos
- Reducción de la necesidad de analgesia durante el cambio de apósitos
- Menor incidencia de bacterias *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina (SARM) resultantes de heridas infectadas por SARM.

A la hora de seleccionar un apósito antimicrobiano para las quemaduras, es importante asegurarse de seleccionar un apósito que no cause traumatismo adicional en la herida de la quemadura y en la piel que la rodea, ni dolor al paciente, además de reducir el riesgo de infección. En el Cuadro 3 se proporcionan las características de un apósito ideal para el tratamiento de las quemaduras (ISBI, 2016).

Cuadro 3. Características de un apósito ideal para el tratamiento de las quemaduras (ISBI, 2016)

- Proporciona un entorno óptimo para la cura húmeda de las heridas
- Permite el intercambio gaseoso de oxígeno, dióxido de carbono y vapor de agua
- Proporciona aislamiento térmico
- Es impermeable a los microorganismos
- Está libre de partículas contaminantes
- No es adherente
- Es seguro de usar
- Resulta aceptable para el individuo
- Tiene propiedades de alta absorción
- Es rentable
- Permite el seguimiento de la herida
- Proporciona protección mecánica
- No es inflamable
- Es estéril
- Está disponible en todos los ámbitos asistenciales
- Requiere cambios poco frecuentes
- Está listo para usar y así reducir el tiempo de colocación del apósito.

INTRODUCCIÓN A MEPILEX® AG

Mepilex® Ag (Mölnlycke) está indicado para su uso en una variedad de tipos de heridas, incluidas las quemaduras de espesor parcial, con niveles de exudado de bajos a medios, en las que se requiere manejar el riesgo de infección. Se trata de un apósito de espuma impregnado de plata, con una sólida base de pruebas que respaldan su eficacia, tanto en términos de curación como de beneficios económicos asociados.

Mepilex® Ag está formado por los siguientes componentes:

- Capa de contacto con la herida Safetac® (suave silicona)
- Almohadilla absorbente flexible de espuma de poliuretano gris que contiene un compuesto de plata y carbón activado
- Película exterior permeable al vapor y a prueba de agua, bacterias y virus.

Los casos 1 y 2 muestran ejemplos de las heridas típicas por quemaduras en las que se utiliza Mepilex® Ag.

CASO 1

Una mujer de 38 años ingresó en el hospital con una escaldadura de segundo grado (10% de la superficie corporal total [SCT]) 17 horas después de la lesión (**Figura 2**). El desbridamiento quirúrgico se realizó en el hospital (**Figura 3**) y se aplicó Mepilex® Ag como parte del régimen de tratamiento de la quemadura. La curación completa se registró el día 8 (visita 2; **Figura 4**).



Figura 2 | Visita inicial antes de la cirugía



Figura 3 | Visita inicial después de la cirugía



Figura 4 | Fin del tratamiento (día 8)

Agradecimiento: Este informe de estudio de casos fue preparado por Mölnlycke, basándose en información y fotografías tomadas de una investigación clínica patrocinada por Mölnlycke (identificador de ClinicalTrials.gov): NCT00742183)

CASO 2

Un varón de 12 años ingresó en el hospital con una quemadura por fogonazo de segundo grado (11,75 % de la SCT) 15 horas después de la lesión (**Figura 5**). Mepilex® Ag se aplicó como parte del régimen de tratamiento de las quemaduras. La curación completa se registró el día 7 (visita final; **Figura 6**).



Figura 5 | Visita inicial



Figura 6 | Curación completa (visita final en el día 7)

Agradecimiento: Este informe de estudio de casos fue preparado por Mölnlycke, basándose en información y fotografías tomadas de una investigación clínica patrocinada por Mölnlycke (identificador de ClinicalTrials.gov): NCT00742183)

PRUEBAS QUE APOYAN EL USO DE MEPILEX® AG EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

Se ha demostrado que Mepilex® Ag inactiva una amplia gama de patógenos relevantes para las heridas (bacterias y hongos) en 30 minutos y que ofrece una actividad sostenida de hasta 7 días durante las pruebas *in vitro* (Chadwick et al, 2009).

La capa de contacto con la herida de Mepilex® Ag está basada en Safetac® (suave silicona), un material que se adhiere fácilmente a la piel seca intacta pero que permanece *in situ* en la superficie de una herida húmeda o de la piel circundante dañada sin adherirse al tejido frágil (Silverstein et al, 2011), una consideración importante a la hora de seleccionar un apósito para quemaduras. Por consiguiente, los apósitos en los que se utiliza la tecnología Safetac pueden aplicarse y volverse a aplicar sin dañar la herida, ni despegar la epidermis perilesional (incluso en situaciones críticas en las que el exudado comienza a secarse) y, al hacerlo, también minimizarán el dolor y el estrés psicológico en el cambio de apósitos (Zillmer et al, 2006; Woo et al, 2009). El suave pero eficaz sellado que se forma entre la piel intacta y un apósito con Safetac inhibe el movimiento del exudado de la herida hacia la piel perilesional, lo que ayuda a prevenir daños relacionados con la humedad, como la maceración en esta región (Meaume et al, 2003).

Mepilex® Ag está destinado a un uso a corto plazo de hasta 4 semanas (para un uso a largo plazo, se recomienda una evaluación clínica por parte de un médico). El apósito puede dejarse colocado hasta 7 días, en función del estado de la herida y de la piel circundante, o según indique la práctica clínica aceptada.

ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS DE MEPILEX® AG EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS POR QUEMADURAS DE ESPESOR PARCIAL

En esta sección se revisan los resultados de numerosos ensayos controlados aleatorizados (ECA), el llamado enfoque de "tratamiento de referencia" para juzgar la eficacia de las intervenciones, que se han llevado a cabo para investigar la eficacia de Mepilex® Ag en el tratamiento de las heridas por quemaduras. En la **Tabla 1** se presenta un resumen de cada ECA. Los detalles de los estudios clínicos no aleatorios que se han llevado a cabo para evaluar el rendimiento de Mepilex® Ag en el tratamiento de las heridas por quemaduras se resumen en el Apéndice (página 20).

Tabla 1. ECA de Mepilex® Ag

Referencia	Población de pacientes	Intervenciones	Conclusiones claves
Aggarwala et al. (2020)	Quemaduras de espesor parcial (n=131) de pacientes adultos (n=119)	GT1: Biobrane (apósito biosintético) GT2: Acticoat GT3: Mepilex Ag GT4: Aquacel Ag	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de reepitelización más corto (promedio) con Mepilex Ag (8.942.4 días) que con Biobrane (10.842.4 días), Acticoat (9.643.2 días), Aquacel Ag (9.643.3 días) (nse) Un 26 % más de días hasta la reepitelización con Biobrane que con Mepilex Ag ($p<0,01$)¹ Un 99%, 71% y 53% de probabilidad de que Mepilex Ag prevalezca (más barato y más eficaz) sobre Biobrane, Acticoat y Aquacel Ag, respectivamente.
Karlsson et al. (2019)	Escaldaduras de espesor parcial en pacientes pediátricos (n=58)	GT1: EZ Derm GT2: Mepilex Ag	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes tratados con Mepilex Ag tuvieron un tiempo de cicatrización significativamente menor (la mediana del tiempo de cicatrización del 97 % fue de 9 [7-23] días en comparación con los 15 [9-29] días del grupo de EZ Derm [$p=0,004$]). La mediana de tiempo hasta la curación completa para el grupo de Mepilex Ag fue de 15 (9-29) días y para el grupo de EZ Derm de 20,5 (11-42) días ($p=0,010$) El dolor, la infección de la herida, la duración de la estancia hospitalaria y la proporción de operaciones fueron similares entre los grupos. El número de cambios de apósitos y el tiempo transcurrido hasta el cambio fueron menores en el grupo de Mepilex Ag ($p=0,03$ para ambas variables).
Hundeshagen et al. (2018)	Quemaduras de espesor parcial en pacientes pediátricos y adultos (n=62)	GT1: Mepilex Ag GT2: Suprathel	<ul style="list-style-type: none"> El tiempo de reepitelización no fue diferente entre los grupos (12 días; $p=0,75$) La viscoelasticidad de la piel quemada fue elevada en comparación con la piel no quemada en el grupo de Mepilex Ag un mes después de la quemadura El costo del tratamiento por cm² de Mepilex Ag fue considerablemente inferior al de Suprathel.
Gee Kee et al. (2017)	$\leq \leq 10$ % de la SCT con quemaduras de espesor parcial (n=96) en niños (0 a 15 años)	GT1: Acticoat GT2: Acticoat con Mepitel GT3: Mepilex Ag	<ul style="list-style-type: none"> Los costos (apósitos, mano de obra, analgésicos, manejo de la cicatriz) fueron considerablemente inferiores en el grupo de Mepilex Ag (mediana de 94,45 dólares australianos) en comparación con las intervenciones con Acticoat (mediana de 244,90 dólares) y Acticoat con Mepitel (mediana de 196,66 dólares) Un 99% y un 97% de probabilidad de que Mepilex Ag prevalezca (más barato y más eficaz) sobre Acticoat y Acticoat con Mepitel, respectivamente.
Gee Kee et al. (2015)	$\leq \leq 10$ % de la SCT con quemaduras de espesor parcial (n=103) en niños (0 a 15 años)	GT1: Acticoat GT2: Acticoat con Mepitel GT3: Mepilex Ag	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de reepitelización acelerada de la herida con Mepilex Ag en comparación con Acticoat y Acticoat con Mepitel Disminución del dolor durante los cambios de apósito con Mepilex Ag, en comparación con Acticoat, para quemaduras limpias de espesor parcial de <10 % de la SCT en niños.
Tang et al. (2015)	Quemaduras térmicas profundas de espesor parcial (2,5-25% de la SCT) en pacientes de 5 a 65 años (n=153)	GT1: Mepilex Ag GT2: Crema de sulfadiazina de plata (SSD)	<ul style="list-style-type: none"> No hay diferencias en las tasas de curación entre el grupo de Mepilex Ag (56 [79%] de 71 pacientes, tiempo medio de seguimiento de 15 días) y el grupo de SSD (65 [79%] de 82 pacientes, tiempo medio de seguimiento de 16 días), siendo ambos productos bien tolerados Las quemaduras estudiadas de los pacientes del grupo de Mepilex Ag se habían curado en un 87,1% (de la superficie total de la quemadura) en comparación con el 85,2% en los pacientes del grupo de SSD La media del número total de apósitos utilizados fue significativamente mayor en el grupo de SSD (14,0) que en el grupo de Mepilex Ag (3,06, $p<0,0001$).
Silverstein et al. (2011)	Quemaduras térmicas de espesor parcial (2,5-20 % de la SCT) de los pacientes (n=100)	GT1: Mepilex Ag GT2: Crema de sulfadiazina de plata (SSD)	<ul style="list-style-type: none"> En el grupo de Mepilex Ag (n=49) se redujo el tiempo medio de curación ($p=0,097$), la estancia hospitalaria fue más corta ($p=0,0346$) y se requirieron menos cambios de apósitos en comparación con en el grupo de SSD (n=51) Se observaron diferencias en la intensidad del dolor, a favor de Mepilex Ag, en el momento de la aplicación ($p=0,001$), durante el tiempo de uso ($p=0,003$) y en el momento del retiro durante el periodo inicial posterior a la quemadura El costo total medio del tratamiento por paciente fue de 296,80 y 503,89 dólares para los grupos de Mepilex Ag y SSD, respectivamente.

¹. Cuando se ajustó por sexo, edad, condición de fumador, mecanismo de la quemadura, SCT, frecuencia de primeros auxilios
GT = grupo de tratamiento; ens = estadísticamente no significativo; SCT = superficie corporal total; SSD = sulfadiazina de plata

METODOLOGÍAS UTILIZADAS EN LOS ECA

En la **Tabla 2** se ofrece un resumen detallado de los ECA que se han llevado a cabo para investigar la eficacia de Mepilex® Ag en el tratamiento de las heridas por quemaduras, en términos de entornos, sujetos de estudio, métodos de aleatorización, intervenciones y criterios de valoración.

Tabla 2. Entornos, sujetos de estudio, métodos de aleatorización, intervenciones y criterios de valoración de los ECA

Referencia	Entorno/sujetos/aleatorización	Intervenciones	Criterios de valoración
Aggarwala et al. (2020)	<p>Entorno: Pacientes externos (unidad especializada de quemados)</p> <p>Sujetos: Adultos de 18 a 65 años con quemaduras de espesor parcial, que se presentan en las 72 horas posteriores a la lesión</p> <p>Método de aleatorización: Sobres cerrados</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los sujetos se asignaron aleatoriamente a uno de los cuatro grupos de tratamiento: apósito biosintético (Biobrane, Smith & Nephew); apósito multicapa con plata nanocrystalina (Acticoat, Smith & Nephew; apósito de fibra gelificante con plata (Aquacel Ag, ConvaTec); Mepilex Ag. Se administró analgesia antes del tratamiento de las heridas. En los grupos de Biobrane, Aquacel Ag y Mepilex Ag, se eliminó la parte superior de las ampollas y se limpiaron las heridas antes de aplicar el apósito. En el grupo de Acticoat, se extrajo el líquido de las ampollas. Los apósitos se aplicaron según las instrucciones del fabricante. En los grupos de Biobrane, el apósito se inspeccionó hasta la reepitelización, pero no se cambió. En los otros grupos, los apósitos se sustituyeron cada 3 días hasta que se produjo la curación. 	<ul style="list-style-type: none"> Primario: Tiempo de curación de la herida (>95% de reepitelización) desde la fecha de la lesión Secundario: Número de visitas para atención ambulatoria, dolor, experiencias de enfermería, calidad de la cicatriz y rentabilidad.
Karlsson et al. (2019)	<p>Entorno: Centro especializado de quemados</p> <p>Sujetos: Niños con escaldaduras de espesor parcial, que se presentan dentro de las 72 horas posteriores a la lesión</p> <p>Método de aleatorización: Sobres cerrados</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sujetos aleatorizados al tratamiento con un xenoinjerto porcino (EZ Derm) o con Mepilex Ag. Todas las heridas por quemadura se lavaron con solución salina antes de tomar un hisopado de 1cm² de la piel quemada para evaluar el crecimiento microbiano según el método de Levine, en todos los cambios de apósito. Se cortó Mepilex Ag a la medida de la herida y se mantuvo en su sitio con un vendaje de crepé, y un vendaje tubular elástico o prenda de algodón elásticas adaptadas a la edad, o ambos. El xenoinjerto porcino se cortó a la medida y se aplicó a la herida, se fijó por fuera de los bordes de la herida con un adhesivo cutáneo tópico líquido y se cubrió con una capa de láminas de nailon y varias capas de gasa AMD. Se mantuvo en su lugar de la misma manera que Mepilex Ag. 	<ul style="list-style-type: none"> Primario: Tiempo de cicatrización de la herida desde la fecha de la lesión hasta la fecha en que el lecho de la herida se evaluó como reepitelizado en un 97% y completamente (100%) Secundario: Dolor, necesidad de operación, infección de la herida, duración de la estancia en el hospital, cambios de apósitos y tiempo empleado.
Hundeshagen et al. (2018)	<p>Entorno: Pacientes externos (centro especializado de quemados)</p> <p>Sujetos: Niños y adultos que sufrieron quemaduras por llamas, escaldaduras o por contacto, de espesor parcial, que se presentaron en las 48 horas posteriores a la lesión</p> <p>Método de aleatorización: Algoritmo computerizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sujetos asignados al azar a Mepilex Ag o a un apósito sintético (Suprathel). Se cortó Mepilex Ag a la medida, se sujetó con una gasa tejida y se aseguró con una venda elástica. Se cortó Suprathel a la medida y se aplicó a la herida como una monocapa, se cubrió con una monocapa de gasa vaselinada, se sujetó con una gasa tejida y se envolvió con una venda elástica. Todos los pacientes recibieron el alta en el ámbito ambulatorio dentro de las 24 horas siguientes a su ingreso y se les programaron visitas de seguimiento regulares cada 3 a 7 días según el protocolo estándar de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de reepitelización, dolor de la herida, molestias durante los cambios de apósito y costo del tratamiento.

SCT = superficie corporal total; AVAC = años de vida ajustados por calidad; SSD = sulfadiazina de plata

Tabla 2. Entornos, sujetos de estudio, métodos de aleatorización, intervenciones y criterios de valoración de los ECA (continuación)

Referencia	Entorno/sujetos/aleatorización	Intervenciones	Criterios de valoración
Gee Kee et al. (2017)	<p>Entorno: Servicio de urgencias; centro pediátrico de quemados</p> <p>Sujetos: Niños de 0 a 15 años con una quemadura aguda de espesor parcial (de parcial superficial a parcial profunda inclusive) y una quemadura del 10 % de la SCT, que se presenta dentro de las primeras 72 horas de la lesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se recogieron los costos directamente relacionados con el tratamiento de las heridas por quemadura durante el ensayo y durante un año después de la reepitelización. Se estimaron los incrementos de la rentabilidad; las probabilidades de dominancia se calcularon a partir de los datos de los ensayos por remuestreo <i>ootstrap</i>. Se realizaron análisis de sensibilidad para examinar el posible efecto de tomar en cuenta los procedimientos quirúrgicos de injerto de piel poco frecuentes pero de alto costo. 	<ul style="list-style-type: none"> Rentabilidad.
Gee Kee et al. (2015)	<p>Método de aleatorización: No se indica</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los sujetos se asignaron al azar a uno de los tres grupos de tratamiento: Acticoat; Acticoat con Mepitel; o apósitos Mepilex Ag. A todos los participantes en el estudio se les cambiaron los apósitos cada 3-5 días hasta que se produjo la reepitelización completa de la herida o se realizó un injerto en ella. En cada cita de cambio de apósito, se tomaron medidas de reepitelización, dolor y malestar (i) antes y después del retiro del apósito y (ii) antes y después de la aplicación del nuevo apósito. 	<ul style="list-style-type: none"> Primario: Tiempo de reepitelización y medidas de dolor Secundario: La opinión del personal de enfermería sobre los apósitos, la función física de los pacientes mientras llevan el apósito puesto, la facilidad de aplicación y retiro, el tiempo de enfermería empleado, la cantidad y el tamaño de los apósitos utilizados y otros recursos utilizados.
Tang et al. (2015)	<p>Entorno: Centros especializados en quemados</p> <p>Sujetos: Individuos de entre 5 y 65 años con lesiones térmicas profundas de espesor parcial (2,5-25 % de la SCT)</p> <p>Método de aleatorización: Diseño de bloques</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sujetos asignados al azar al grupo de SSD o al grupo de Mepilex Ag. Las quemaduras se desbridaron o se limpiaron según la práctica habitual, y la piel perilesional se secó completamente. Se aplicó crema de SSD al 1% de tubos de 40g de acuerdo con las instrucciones del fabricante. Se aplicó Mepilex Ag de acuerdo con las instrucciones del fabricante y, cuando fue necesario, se cortó para permitir la adaptación a los contornos del cuerpo. Se utilizaron una gasa y una envoltura como apósito secundario para asegurar la fijación. Los cambios de apósito se realizaron cada 5 o 7 días, según el estado de la herida. En todas las evaluaciones se controlaron el eritema, el edema, el calor, el olor, la presencia de ampollas, el nivel de exudado, la naturaleza del exudado, el estado de la piel circundante y los signos clínicos de infección local secundaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Primario: Tiempo de cicatrización de la herida (definido como el 95 % de epitelización por inspección visual) Secundario: Porcentaje de quemaduras epitelizadas/curadas, número de quemaduras curadas o no en cada visita (no en la inicial), número de quemaduras del estudio que requirieron un injerto de piel, número de cambios de apósito, tolerabilidad y rendimiento de los apósitos en el estado de la herida y la zona perilesional, incluido el dolor y la experiencia del uso de los apósitos.
Silverstein et al. (2011)	<p>Entorno: Centros especializados en quemados</p> <p>Sujetos: Individuos de 5 años o más con quemaduras térmicas de espesor parcial (2,5-20 % del área total del cuerpo)</p> <p>Método de aleatorización: Sobres cerrados</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los sujetos se asignaron al azar a Mepilex Ag o a una crema de SSD (control) durante 21 días o hasta la curación, lo que ocurriera primero. La recolección de datos se realizó al inicio (<36 horas después de la quemadura) y en los días de evaluación 7, 14 y 21, con un seguimiento en el día 35, cuando se realizaron la evaluación de la herida y la medición del dolor. Se utilizaron el cuestionario CBO, la encuesta de salud SF-36 y el cuestionario de salud EQ-5D para evaluar las consecuencias de las quemaduras, la calidad de vida y el análisis de los AVAC. 	<ul style="list-style-type: none"> Costo (directo e indirecto), índices de curación, dolor, comodidad, facilidad de uso del producto y efectos adversos.

SCT = superficie corporal total; AVAC = años de vida ajustados por calidad; SSD = sulfadiazina de plata

RESULTADOS COMUNICADOS EN LOS ECA

Cicatrización/tiempo de cicatrización

El resultado ideal del tratamiento de las heridas por quemaduras incluye una curación/reepitelización más rápida. La cicatrización de las heridas es un proceso biológico complejo que da lugar a la restauración de la integridad de los tejidos (Young y McNaught, 2011). Para restaurar completamente la función de barrera epidérmica, una herida requiere la regeneración de la epidermis mediante la reepitelización de la herida (Sivamani et al, 2007); esta es la etapa final de la cicatrización de la herida.

En varios de los ECA descritos anteriormente, se comprobó que el tiempo de curación era significativamente más corto en los grupos que recibieron Mepilex® Ag, que en los que recibieron otras intervenciones. Por ejemplo, Aggarwala et al. (2020) demostraron que Mepilex® Ag parecía el apósito más eficaz en cuanto al tiempo de reepitelización. El tiempo medio de reepitelización para Mepilex® Ag fue de $8,9 \pm 2,4$ días, en comparación con $9,6 \pm 3,3$, $9,6 \pm 3,2$ y $10,8 \pm 2,4$ días para un apósito de hidrofibra con plata (Aquacel Ag), un apósito absorbente con plata nanocristalina (Acticoat) y un apósito biosintético (Biobrane), respectivamente (diferencia no significativa). Del mismo modo, Gee Kee et al. (2015) observaron que las quemaduras tratadas con Mepilex® Ag presentaban el tiempo de reepitelización más rápido (mediana de 7.0 días), mientras que los regímenes de apósitos de comparación (ambos incluyen Acticoat) se asociaron con un aumento significativo de los días esperados hasta la reepitelización completa de hasta un 40% (intervalo de confianza [IC] del 95%): 1.14-1.73, $p < 0,01$).

Los individuos tratados con Mepilex® Ag tuvieron un tiempo de curación significativamente menor en el ECA descrito por Karlsson et al. (2019). La mediana de tiempo hasta el 97% de curación para este grupo fue de 9 (7-23) días, en comparación con 15 (9-29) días en el grupo de xenoinjertos porcinos ($p=0.004$). Además, la mediana de tiempo hasta la curación completa en el grupo de Mepilex® Ag fue de 15 (9-29) días, en comparación con 20.5 (11-42) días en el grupo de xenoinjerto porcino ($p=0.010$) (Karlsson et al, 2019).

Silverstein et al. (2011) informaron que el grupo de Mepilex® Ag ($n=49$) tuvo tiempos medios de curación más cortos en comparación con el grupo de sulfadiazina de plata (SSD) ($p=0.097$) (es decir, un tiempo medio de curación de 13.44 días para el grupo de Mepilex® Ag frente a 17,11 días para el grupo de SSD), además de una menor estancia hospitalaria ($p=.0346$) y requirió menos cambios de apósitos, en comparación con el grupo de SSD ($n=51$) (Silverstein et al, 2011). En otro ECA, el número de quemaduras curadas fue significativamente mayor en el grupo de Mepilex® Ag ($n=13$, 18%) en comparación con el grupo de SSD ($n=4$, 5%; $p=0.016$) en la semana 1, al igual que el porcentaje medio de quemaduras curadas: Grupo de Mepilex® Ag, 44.3% frente al grupo de SSD, 27.0% ($p=0,0092$).

Sin embargo, en la semana 4, las quemaduras de los pacientes del grupo de Mepilex® Ag se habían curado en un 87.1% (del área total de la quemadura) en comparación con el 85.2% del grupo de SSD (diferencia no significativa) (Tang et al, 2015). Hundeshagen et al. (2018), no detectaron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de curación entre los grupos de tratamiento. En el grupo de Mepilex® Ag, la viscoelasticidad (por ejemplo, la rigidez) de la piel quemada era elevada un mes después de la quemadura en comparación con el valor de referencia (piel no quemada) ($p=0.004$).

Evaluación del dolor

El control del dolor de las heridas por quemaduras es un factor importante, ya que la falta de control del dolor directo puede causar sufrimiento inmediato a las personas después de una quemadura; pueden tardar más en recuperarse y es más probable que se desarrolle un dolor crónico (Judkins y Clark, 2010). En varios ECA se han observado puntuaciones de gravedad del dolor significativamente menores en los individuos que recibieron Mepilex® Ag que con los regímenes de apósitos de comparación.

Silverstein et al. (2011) observaron diferencias en la intensidad del dolor, a favor de Mepilex® Ag en comparación con el grupo de SSD, en el momento de la aplicación, ($p=0.001$) durante el tiempo de uso ($p=0,003$) y al retirarlo durante el periodo inicial posterior a la quemadura. La tendencia a la reducción del dolor en el momento del cambio de apósito se vio respaldada por una diferencia significativa en los costos medios semanales de la medicación para el dolor ($p=0.031$). La analgesia del dolor de fondo fue significativamente menor ($p=0.078$) en el grupo de Mepilex® Ag en comparación con el grupo de SSD (Silverstein et al, 2011).

Tang et al. (2015) descubrieron que, en la semana 1, había una diferencia significativa en la puntuación media de la escala visual analógica (EVA) en términos de dolor antes del retiro del apósito en el grupo de Mepilex® Ag (11.7) en comparación con el grupo de SSD (23.9, $p=0.0001$). También hubo diferencias significativas en las puntuaciones medias de dolor durante el retiro del apósito (Mepilex® Ag, 19.4; frente a SSD, 40.1) y para las puntuaciones medias de dolor después del retiro del apósito (Mepilex® Ag, 17.3; frente a SSD, 44.3, $p=0.0001$). En la evaluación final de seguimiento, los pacientes del grupo de Mepilex® Ag tuvieron una puntuación media de dolor EVA significativamente menor, de 6.8 antes del retiro del apósito, en comparación con una media de 11.0 en el grupo de SSD ($p=0.0081$; Tang et al, 2015). Del mismo modo, Gee Kee et al. (2015) observaron puntuaciones de dolor más bajas en los pacientes que recibieron Mepilex® Ag que en los que recibieron los regímenes de apósitos de comparación.

Karlsson et al. (2019) descubrieron que el dolor fue similar en ambos grupos de tratamiento. Se obtuvieron puntuaciones de dolor sistemáticamente bajas en la escala de Cara, Piernas, Actividad, Llanto, Consolación (FLACC, Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) antes, durante y después de los cambios de apósito, lo que indicó que ambos apósitos fueron capaces de minimizar el dolor. Aggarwala et al. (2020) tampoco encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de dolor entre los grupos de tratamiento.

Recibir el apósito Mepilex® Ag disminuyó significativamente la puntuación esperada de la Escala Visual Analógica-Dolor (EVA-D) tras el retiro del apósito hasta en un 25 % ($p=0.04$) en el ECA descrito por Gee Kee et al. (2015). Las puntuaciones FLACC esperadas en el grupo de Mepilex® Ag fueron un 32 % más bajas al retirar el apósito ($p=0,01$) y un 37 % más bajas al aplicar el nuevo apósito ($p=0.04$; Gee Kee et al, 2015).

Infección

Las tasas de infección fueron de nulas a bajas en la mayoría de los estudios y grupos reportados. Hundeshagen et al. (2018) confirmaron la infección de la herida en 2 pacientes (8 %) en el grupo de Suprathel, sin que se observara ninguna en el grupo de Mepilex® Ag ($p=0.5$). En el estudio descrito por Tang et al. (2015), 4 pacientes (6 %) en el grupo de Mepilex® Ag experimentaron cinco eventos adversos frente a 7 pacientes (9 %) en el grupo de SSD que experimentaron siete eventos adversos. Los eventos adversos en el grupo de Mepilex® Ag incluyeron dos casos de infección por *P. aeruginosa* y un caso de infección por SARM (los otros eventos notificados fueron un caso de fiebre y un caso de insomnio). En el grupo de SSD, hubo tres casos de hipoproteinemia, un caso de infección de las vías respiratorias superiores, un caso de shock neurogénico, un caso de fiebre y un caso de irritabilidad (Tang et al, 2015).

En Karlsson et al. (2019) se diagnosticó infección en 9 niños del grupo de xenoinjerto porcino y en 10 del grupo de Mepilex® Ag. La bacteria más común encontrada en los gases de la herida en la primera semana después de la lesión fue *Staphylococcus aureus*, que se encontró en el 86 % de todas las gasas (50/58). Se prescribieron antibióticos a 11 niños en el grupo de xenoinjerto porcino y a 12 en el grupo de Mepilex® Ag. Los motivos del tratamiento antibiótico, aparte de la infección de la herida, fueron infección de las vías respiratorias superiores ($n=1$), neumonía ($n=1$), profilaxis ($n=1$) y estreptococo del grupo A ($n=1$) (rutina clínica para tratar).

Resultado de la cicatriz

Los resultados de las cicatrices pueden variar en tamaño, color, contorno y visibilidad. La calidad de una cicatriz puede afectar a los pacientes tanto física como psicológicamente; los pacientes pueden evitar participar en actividades cotidianas y desarrollar sentimientos de vergüenza o incomodidad. Por lo tanto, la elección del apósito para quemaduras debe contribuir a reducir la posibilidad de que se produzcan cicatrices.

En un estudio de seguimiento, Gee Kee et al. (2016) hicieron un control de los pacientes que habían participado en su ECA (Gee Kee et al, 2015) a los 3 y 6 meses para investigar los resultados en relación con la cicatrización. Según el estudio:

- Se identificó que el tipo de apósito tenía un efecto significativo en las puntuaciones de la Escala de Evaluación de Cicatrices de Pacientes y Observadores (POSAS, Patient and Observer Scar Assessment Scale)
- Los días hasta la reepitelización fueron un predictor significativo de la calidad de la piel/cicatriz a los 3 y 6 meses ($p<0.01$)

- Las puntuaciones de POSAS de color calificadas por el paciente y de vascularidad y pigmentación calificadas por el observador fueron comparables a los 3 meses (color frente a vascularidad 0.88, $p<0.001$; color frente a pigmentación 0.64, $p<0.001$); pero los pacientes tuvieron una puntuación más alta que el observador a los 6 meses (color frente a vascularidad 0.57, $p<0.05$; color frente a pigmentación 0.15, $p=0.60$)
- La profundidad de la quemadura estaba significativamente correlacionada con el espesor de la piel ($r=0.51$, $p<0.01$)
- La hipopigmentación de la zona de la quemadura estuvo presente en el 25.8 % de los niños que reepitelizaron en ≤ 2 semanas.

Aggarwala et al. (2020) determinaron la calidad de la cicatriz mediante una llamada telefónica de seguimiento con cada paciente inscrito con éxito y que contaba con datos completos hasta el $>95\%$ de epitelización. En los pacientes en los que fue posible el seguimiento a los 3 y 6 meses, Mepilex® Ag mostró la segunda puntuación media más baja de la Escala de Cicatrices de Vancouver (VSS, Vancouver Scar Scale) a los 3 meses (1.10 [1.20]) y la más baja a los 6 meses (0.63 [0.74]), mostrando así los mejores resultados globales para la cicatrización (Aggarwala et al, 2020).

Rentabilidad

En un análisis económico del estudio en el que se compararon cuatro tipos de apósitos en heridas por quemaduras de espesor parcial en pacientes adultos, se demostró que había un 99 %, 71 % y 53 % de probabilidades de que Mepilex® Ag dominará sobre Biobrane, Acticoat y Aquacel Ag, respectivamente (es decir, Mepilex® Ag resultó ser el apósito más rentable en general; Aggarwala et al, 2020).

Gee Kee et al. (2017) realizaron un análisis de la rentabilidad de los datos generados por su ECA (Gee Kee et al, 2015). Identificaron que los costos (apósitos, mano de obra, analgésicos, manejo de la cicatriz) fueron considerablemente menores en el grupo de Mepilex® Ag (mediana de 94.45 dólares australianos) que en los regímenes de apósitos Acticoat (mediana de 244.90 dólares australianos) y Acticoat con Mepitel® (mediana de 196.66 dólares australianos). Hubo un 99 % y un 97 % de probabilidades de que Mepilex® Ag dominara (más barato y más eficaz) sobre Acticoat y Acticoat con Mepitel®, respectivamente. Este patrón fue sistemático en todos los costos y efectos brutos, tras los ajustes a priori y en los análisis de sensibilidad. Del mismo modo, Hundeshagen et al. (2018) informaron que el costo del tratamiento por cm^2 de Mepilex® Ag fue considerablemente inferior al del apósito de comparación.

Silverstein et al. (2011) calcularon el costo total medio del tratamiento de la herida por paciente en 309.31 dólares para el grupo de Mepilex® Ag y 513.57 dólares para el grupo de SSD ($p=0.000$). En este estudio, la rentabilidad media de cada grupo se calculó mediante la determinación del costo total del tratamiento en la clínica y su división por la tasa de reepitelización completa a los 20 días. Para el grupo de Mepilex® Ag, la rentabilidad media por quemadura curada fue de 395.03 dólares, y para el grupo de SSD fue de 775.79 dólares. Por lo tanto, el ahorro neto por quemadura curada fue de 380,76 dólares con un protocolo de atención en el que se utiliza Mepilex® Ag en lugar de SSD. El incremento de la rentabilidad se calculó en -1688 dólares; 10 a favor del protocolo Mepilex® Ag (Silverstein et al, 2011).

Perspectivas de los pacientes y los médicos

En su ECA, Aggarwala et al. (2020) observaron que Mepilex® Ag fue uno de los dos apósitos que el personal de enfermería consideró significativamente más fácil de aplicar y retirar, y más fácil de usar en general (Aggarwala et al, 2020).

El tiempo acumulado del retiro y aplicación del apósito en el primer cambio de apósito observado por Gee Kee et al. (2015) fue significativamente más rápido en el grupo de Mepilex® Ag (5:03 min, IQR 2:48-7:53 min) que en ambos regímenes de apósitos de comparación. El personal de enfermería calificó en general a Mepilex® Ag de "extremadamente fácil" a "muy fácil" de aplicar y retirar. Los apósitos Mepilex® Ag también resultaron ser los más fáciles de retirar tanto de las manos o los pies como de las superficies planas. Sin embargo, se observó que Mepilex® Ag fue el más difícil de aplicar en las manos o los pies de los niños muy pequeños (menores de 3 años) debido a que es el más grueso de los tres apósitos evaluados en el estudio y es difícil de adaptar a los dedos de las manos y los pies muy pequeños (Gee Kee et al, 2015). No hubo

diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en cuanto a la función física al llevar los apósitos puestos (Gee Kee et al, 2015).

En otro ECA, los clínicos consideraron que la facilidad de uso de Mepilex® Ag era superior (calificada por el 95.6 % como extremadamente buena o muy buena) en comparación con la SSD (78.4 % [$p=0.028$]) y la flexibilidad (calificada por el 97.8 % como extremadamente buena o muy buena, en comparación con el 74.6 % [$p=0.038$]). El número medio de aplicaciones de apósitos realizadas en la primera semana tras la lesión fue de 1.54 en el grupo de Mepilex® Ag y de 6.82 en el grupo de SSD (Silverstein et al, 2011). Se informó que el número de cambios de apósito y el tiempo empleado por el personal en los cambios de apósito fueron significativamente menores en los niños a los que se aplicaron apósitos Mepilex® Ag, que en los que recibieron un xenoinjerto porcino ($p=0.03$ para ambas variables; Karlsson et al, 2019).

Del mismo modo, Tang et al. (2015) observaron que se requerían significativamente menos apósitos para los pacientes del grupo de Mepilex® Ag ($p=0.0001$). La media del número total de cambios de apósito para Mepilex® Ag fue de 3.06 frente a 14.0 para el grupo SSD. El número medio de cambios de apósitos por semana fue de 1.36 para el grupo de Mepilex® Ag frente a 5.67 para el grupo de SSD (Tang et al, 2015).

Tang et al. (2015) también observaron que las respuestas sobre la "facilidad de aplicación del apósito" favorecieron significativamente a Mepilex® Ag en la primera aplicación del apósito (96 % en comparación con SSD con 76 %, $p=0.0001$) y en cada aplicación posterior. Las respuestas sobre la "adherencia del apósito" también favorecieron significativamente a Mepilex® Ag en la segunda aplicación del apósito (85 % en comparación con SSD con un 68 %, $p=0.0003$) y en todos los cambios de apósito posteriores. La "facilidad de retiro del apósito" favoreció significativamente a Mepilex® Ag desde el primer retiro del apósito (93 % frente al 59 %, $p=0.0001$) y en todos los retiros posteriores. Las respuestas para la "experiencia general de uso del apósito" también fueron significativamente a favor de Mepilex® Ag, desde el primer retiro del apósito (96 % frente a SSD con 49 %, $p=0.0001$) hasta el retiro final del apósito al final de la semana 4 (Mepilex® Ag con 99 % frente a SSD con 59 %, $p=0.0001$; Tang et al, 2015).

Además, las evaluaciones de los apósitos por parte de los pacientes fueron significativamente favorables a Mepilex® Ag en comparación con SSD en términos de respuestas "bueno" o "muy bueno" ($p=0.0001$ para todas las respuestas). Incluían parámetros como la ansiedad durante el cambio de apósito, la facilidad de movimiento, la permanencia del apósito en su sitio, el escozor y el ardor mientras se llevaba el apósito puesto (Tang et al, 2015).

Karlsson et al. (2019) comentaron que era posible que la rápida cicatrización observada en el grupo de Mepilex® Ag pudiera estar relacionada con propiedades del apósito, distintas de las asociadas a su componente de plata, como el control del exudado y la evitación de pequeñas alteraciones del lecho de la herida debido a su superficie de contacto con la herida Safetac®.

CONCLUSIÓN

Es bien reconocido que las quemaduras representan un tipo de herida complejo y, según cálculos de la OMS (2018), la carga sigue aumentando, con un total estimado de 180 000 muertes al año a nivel mundial. Como se mencionó previamente, los objetivos del tratamiento tópico incluyen promover la cicatrización de la herida, prevenir la infección de la herida y la pérdida del injerto, mantener el movimiento y la función de la parte del cuerpo afectada y lograr un cierre oportuno (Wounds UK, 2013; Wounds International, 2014).

Los apósitos que contienen plata se diseñaron para tratar diferentes tipos de heridas, incluidas las quemaduras de espesor parcial con niveles de exudado de bajo a medio. Estos apósitos evitan un traumatismo adicional en la herida de la quemadura y en la piel circundante, así como el dolor del paciente, y ayudan a reducir el riesgo de infección. La evidencia clínica resumida en este documento destaca la eficacia y el rendimiento de Mepilex® Ag para ayudar al personal clínico a alcanzar los objetivos de la atención. En la mayoría de estos estudios, Mepilex® Ag se asoció con tiempos más rápidos de cicatrización/reepitelización, reducción del dolor, menos cambios de apósitos y tiempo de cambio de apósitos más rápido, ahorros de costos significativos y medibles, ahorro de otros recursos (por ejemplo, analgésicos debido a la reducción del dolor y del tiempo del personal), facilidad general de uso y satisfacción del paciente y del médico, frente a los regímenes de apósitos de comparación utilizados en los estudios.

Mepilex® Ag se ha estudiado ampliamente y los resultados demuestran la capacidad sistemática del apósito para funcionar bien en comparación con una variedad de otros productos para el cuidado de heridas, tales como preparaciones tópicas que contienen plata, apósitos que contienen plata y apósitos semibiológicos, cuando se utilizan para el tratamiento de quemaduras de espesor parcial, tanto en adultos como en niños.

REFERENCIAS

- Aggarwala S, Harish V, Roberts S et al (2020) Treatment of partial thickness burns: a prospective, randomised controlled trial comparing Biobrane, Acticoat, Mepilex Ag and Aquacel Ag. *J Burn Care Res* 42(5): 934-43
- Boissin C, Laflamme L, Wallis L et al (2015) Photograph-based diagnosis of burns in patients with dark-skin types: The importance of case and assessor characteristics. *Burns* 41(6): 1253-60
- Chadwick P, Taherinejad F, Hamberg K, Waring M (2009) Clinical and scientific data on a silver-containing soft-silicone foam dressing: an overview. *J Wound Care* 18(11): 483-90
- Church D, Elsayed S, Reid O et al (2006) Burn wound infections. *Clin Microbiol Rev* 19(2): 403-34
- Davies P, McCarty S, Hamberg K (2017) Silver-containing foam dressings with SafeTac: a review of the scientific and clinical data. *J Wound Care* 26(Sup6a): S1-S2
- Erol S, Altöparlak U, Akcay MN (2004) Changes of microbial flora and wound colonization in burned patients. *Burns* 30: 357-61
- Evans LH, Bhavsar D, Mailander P (2010) The biology of burn injury. *Exp Dermatol* 19(9): 777-83
- Gee Kee EL, Kimble RM, Cuttle L et al (2015) Randomized controlled trial of three burns dressings for partial thickness burns in children. *Burns* 41(5): 946-55
- Gee Kee E, Stockton K, Kimble RM et al (2016) Scar outcome of children with partial thickness burns: A 3 and 6 month follow up. *Burns* 42(1): 97-103
- Gee Kee, Stockton K, Kimble RM et al (2017) Cost-effectiveness of silver dressings for paediatric partial thickness burns: An economic evaluation from a randomized controlled trial. *Burns* 43(4): 724-32
- Fletcher J, Edwards-Jones V, Fumarola S et al (2020) *Best practice statement: Antimicrobial stewardship strategies for wound management*. Wounds UK, London
- Harrison-Balestra C, Cazzaniga AL, Davis SC, Mertz PM (2003) A wound-isolated *Pseudomonas aeruginosa* grows a biofilm *in vitro* within 10 hours and is visualized by light microscopy. *Dermatol Surg* 29: 631-5
- Hundeshagen G, Collins VN, Wurzer P et al (2018) A prospective, randomized, controlled trial comparing the outpatient treatment of pediatric and adult partial-thickness burns with Suprathel or Mepilex Ag. *J Burn Care Res* 39(2): 261-67
- International Wound Infection Institute (2016) *Wound infection in clinical practice: principles of best practice*. Wounds International, London
- ISBI Practice Guidelines Committee; Steering Subcommittee; Advisory Subcommittee (2016) ISBI Practice Guidelines for Burn Care. *Burns* 42(5): 953-1021
- Judkins K, Clark L (2010) Managing the pain of burn wounds. *Wounds UK* 6(1): 110-18
- Karlsson M, Elmasry M, Steinvall I et al (2019) Superiority of silver-foam over porcine xenograft dressings for treatment of scalds in children: A prospective randomised controlled trial. *Burns* 45(6): 1401-9
- Kostenko V, Lyczak J, Turner K, Martinuzzi RJ (2010) Impact of silver-containing wound dressings on bacterial biofilm viability and susceptibility to antibiotics during prolonged treatment. *Antimicrob Agents Chemother* 54(12): 5120-31
- Lipsky BA, Hoey C (2009) Topical antimicrobial therapy for treating chronic wounds. *Clin Infect Dis* 49(10): 1541-9
- Meaume S, Van de Looverbosch D, Heyman H et al (2003) A study to compare a new self-adherent soft silicone dressing with a self-adherent polymer dressing in stage II pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage* 49(9): 44-51
- Mölnlycke Health Care (2005) Determination of antimicrobial activity of Mepilex Ag against a broad range of wound pathogens using corrected zone of inhibition method. Report no. 20051215-007. Data on file
- Morris C, Emsley P, Marland E et al (2009) Use of wound dressings with soft silicone adhesive technology. *Paediatr Nurs* 21: 38-43
- Page F, Hamnett N, D'Asta F, Jeffery S (2017) Epidemiology of U.K. Military Burns 2008-2013. *J Burn Care Res* 38(1): e269-e276
- Percival SL, Bowler P, Woods EJ (2008) Assessing the effect of an antimicrobial wound dressing on biofilms. *Wound Repair Regen* 16(1): 52-57
- Procter F (2010) Rehabilitation of the burn patient. *Indian J Plast Surg* 43(Suppl): S101-S113
- Ray P, Singh S, Gupta S (2019) Topical antimicrobial therapy: Current status and challenges. *Indian J Med Microbiol* 37(3): 299-308
- Silverstein P, Heimbach D, Meites H et al (2011) An open, parallel, randomized, comparative, multicenter study to evaluate the cost-effectiveness, performance, tolerance, and safety of a silver-containing soft silicone foam dressing (intervention) vs silver sulfadiazine cream. *J Burn Care Res* 32(6): 617-26
- Sivamani RK, Garcia MS, Isseroff RR (2007) Wound re-epithelialization: modulating keratinocyte migration in wound healing. *Front Biosci* 12: 2849-68
- Tang H, Lv G, Fu J et al (2015) An open, parallel, randomized, comparative, multicenter investigation evaluating the efficacy and tolerability of Mepilex Ag versus silver sulfadiazine in the treatment of deep partial-thickness burn injuries. *J Trauma Acute Care Surg* 78(5): 1000-7
- Toussaint J, Singer AJ (2014) The evaluation and management of thermal injuries: 2014 update. *Clin Exp Emerg Med* 1(1): 8-18
- Thorn RMS, Austin AJ, Greenman J et al (2009) *In vitro* comparison of antimicrobial activity of iodine and silver dressings against biofilms. *J Wound Care* 18(8): 343-46
- Vermeulen H, van Hattem JM, Storm-Versloot MN et al (2007) Topical silver for treating infected wounds. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD005486
- Vowden P, Vowden K, Carville K (2011) *Antimicrobial dressings made easy*. Wounds International, London
- Warby R, Maani CV (2019) *Burn Classification*. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539773/>
- White R (2008) A multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. *Wounds UK* 4(1): 14-22
- Woo KY, Coutts PM, Price P et al (2009) A randomized crossover investigation of pain at dressing change comparing 2 foam dressings. *Adv Skin Wound Care* 22(7): 304-10
- World Health Organization (2018) *Burns*. Available online at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Wounds International (2012) *Appropriate use of silver dressings in wounds. An expert working group consensus*. Wounds International, London
- Wounds International (2014) *Best practice guidelines: Effective skin and wound management of non-complex burns*. Wounds International, London
- Wounds UK (2013) *Best Practice Statement. The use of topical antimicrobial agents in wound management (third edition)*. Wounds UK, London
- Young A, McNaught CE (2011) The physiology of wound healing. *Surgery (Oxford)* 29(10): 475-79
- Zheng Y, Lin G, Zhan R et al (2019) Epidemiological analysis of 9,779 burn patients in China: An eight-year retrospective study at a major burn center in southwest China. *Exp Ther Med* 17(4): 2847-54
- Zillmer R, Agren M, Gotttrup F et al (2006) Biophysical effects of repetitive removal of adhesive dressings on peri-ulcer skin. *J Wound Care* 15(5): 187-91

APÉNDICE

Apéndice: Estudios clínicos adicionales de Mepilex® Ag para heridas por quemaduras

Referencia	Diseño y metodología	Criterios de valoración principales	Resultados principales
Zens et al. (2018)	Intervencional (control histórico) Centro especializado de quemados Pacientes pediátricos (≤ 10 años) ($n=219$) con lesiones por quemaduras (SCT $\leq 15\%$) GT1: Mepilex Ag ($n=142$) GT2: Bacitracina con gasa impregnada de petróleo (control histórico) ($n=77$)	<ul style="list-style-type: none"> Duración de la estancia hospitalaria Uso de apósitos Complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> El GT1 se asoció con una menor duración de la estancia en el hospital que el GT2: 2.93 días frente a 5.21 días ($p<0.001$) El GT1 se asoció con menos cambios de apósitos que el GT2: 2.32 frente a 4.71 ($p<0.001$) No hay diferencias significativas entre los GT en cuanto a las tasas de reingreso ($p=0.375$) y el número de quemaduras que requieren injertos ($p=0.155$) Un menor número de pacientes en el GT1 tuvo complicaciones infecciosas ($p=0.054$) o requirió una reintervención en el periodo de seguimiento de 2 años ($p=0.081$), pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.
Gee Kee et al. (2016)	Observacional; prospectivo Centro especializado de quemados Subgrupo ($n=43$) de pacientes pediátricos (mediana de edad = 1 año (IQR 1-6 años) ($n=43$) con lesiones de espesor parcial (< 72 horas después de la quemadura; SCT $< 10\%$) que participaron en el ECA ^a y se aleatorizaron a 1 de 3 GT (hasta 14 días) GT1: Acticoat GT2: Acticoat con Mepitel GT3: Mepilex Ag	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación a los 3 y 6 meses de la reepitelización: Calidad de la cicatriz (vascularidad/pigmentación; POSAS) Espesor de la piel (ultrasonografía). 	<ul style="list-style-type: none"> El tamaño de la muestra es demasiado pequeño para comparar los GT Los días hasta la reepitelización fueron un predictor significativo de la calidad de la piel/cicatriz a los 3 y 6 meses ($p<0.01$) Las puntuaciones POSAS de vascularidad / pigmentación relacionadas con el paciente y el observador son similares a los 3 meses (color frente a vascularidad 0.88, $p<0,001$; color frente a pigmentación 0.64, $p<0.001$); los pacientes obtuvieron una puntuación mayor que el observador a los 6 meses (color frente a vascularidad 0.57, $p<0.05$; color frente a pigmentación 0.15, $p=0.60$) La profundidad de la quemadura se correlaciona significativamente con el espesor de la piel ($r=0.51$; $p<0.01$) Hipopigmentación de la zona de la quemadura presente en el 25.8% de los pacientes que reepitelizaron en ≤ 2 semanas.
Glat et al. (2015; también informa sobre un estudio observacional y retrospectivo, véase más adelante)	Observacional, prospectivo Centro especializado de quemados Pacientes pediátricos (1-4 años) ($n=22$) con lesiones de espesor parcial Tratamiento: Mepilex Ag Duración del tratamiento: No se indica	<ul style="list-style-type: none"> Duración de la estancia hospitalaria Tiempo de curación (epitelización completa) Uso de apósitos Gravedad del dolor (escala Wong-Baker Faces). 	<ul style="list-style-type: none"> Media de tiempo hasta el alta: 3.77 días 11 (50%) se curaron completamente en la primera visita (7 días después de la visita inicial). Curación completa en la visita 4 para los 20 pacientes que completaron la investigación (curación parcial para 2 pacientes que no completaron la investigación) Número medio de cambios de apósitos: 1.64 La incidencia de "escozor" o "ardor" se notificó como "nunca", "rara vez" y "a veces" en 13 (65%), 8 (40%) y 1 (5%) de los pacientes, respectivamente.
Glat et al. (2015; también informa sobre un estudio observacional y prospectivo, véase más atrás)	Observacional, retrospectivo Centro especializado de quemados Pacientes pediátricos (< 18 años) (pacientes hospitalizados, $n=60$; pacientes externos, $n=43$) con lesiones de espesor parcial (< 24 horas después de la quemadura; SCT 1-40%) Tratamiento: Mepilex Ag Duración del tratamiento: No se indica	<ul style="list-style-type: none"> Duración de la estancia hospitalaria Uso de analgesia Tiempo de curación (epitelización completa) 	<ul style="list-style-type: none"> Duración media de la estancia en el hospital (días): $1,9\pm 2,2$ (rango: 0-11; mediana: 1) después de la quemadura, y $0,5\pm 0,9$ (rango: 0-5; mediana: 0) aplicación posterior al apósito [Duración de la estancia más corta que el control histórico] Número medio de administraciones de narcóticos por vía intravenosa en el grupo de pacientes hospitalizados: $2,6\pm 3,6$ [se requiere menos analgesia que en el control histórico] Tiempo medio de curación (días): Grupo de hospitalización: $9,3\pm 4,9$ (mediana: 7.5) después de la quemadura, $7,9\pm 4,9$ (mediana: 6) aplicación posterior al apósito Grupo de pacientes externos: $9,8\pm 3,0$ (mediana: 9) después de la quemadura, $7,1\pm 2,4$ (mediana: 7) aplicación posterior al apósito

SQP = superficie de quemadura profunda; IQR = rango intercuartil; IV = intravenoso; POSAS = escala de evaluación de la cicatriz del paciente y del observador; ECA = ensayo controlado aleatorizado; GT = grupo de tratamiento; SCT = superficie corporal total; EVA = escala visual analógica)

Referencia: a) Gee Kee EL, Kimble RM, Cuttle L et al. (2015) Randomized controlled trial of three burns dressings for partial thickness burns in children. *Burns* 41 (5): 946-55

Apéndice: Estudios clínicos adicionales de Mepilex® Ag para heridas por quemaduras (continuación)

Referencia	Diseño y metodología	Criterios de valoración principales	Resultados principales
Trouchet et al. (2012)	Observacional, prospectivo Atención comunitaria Pacientes (edad media: 69.0±15.4 años) (n=794) con una variedad de heridas crónicas/agudas, entre ellas 60 quemaduras de espesor parcial Tratamiento: Mepilex Ag Duración del tratamiento: hasta el seguimiento (mediana: 19 días; rango 7-97 días)	<ul style="list-style-type: none"> Estado de la herida Signos clínicos de infección localizada (10 signos) Estado de la zona perilesional Gravedad del dolor (EVA). 	<ul style="list-style-type: none"> En el seguimiento, la herida se había curado en el 17 % de los pacientes (35 % de las heridas agudas), y había mejorado en el 73 % de los pacientes (61 % de las heridas agudas) En comparación con el valor inicial, el número de signos de infección localizada disminuyó en 2,3±1,5 (p<0,001) y en 2,6±1,5 (p<0,001) para las heridas agudas El mal olor de la herida se observó solo en el 1 % de los pacientes En comparación con el valor inicial, la piel perilesional estaba menos eritematosa (52 % frente a 74 %) Puntuación media del dolor en la EVA en la visita de seguimiento (en una escala de 0 a 100): 24.6±20.9.
Budkevich et al. (2010)	Observacional; prospectivo Cuidados agudos (departamento de quemados) Pacientes pediátricos (de 8 meses a 3 años) (n=20) con quemaduras térmicas (grado I-II-IIIa-IIIAB); SCT 2-30 % (SQP ≤1%) Tratamiento: Mepilex Ag Duración del tratamiento: No se indica	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de curación Dolor al cambiar de apósito Frecuencia de cambio de apósitos 	<ul style="list-style-type: none"> La cicatrización completa se consigue en el día 8-9 para las heridas por quemadura de grado I-II-IIIa (SCT hasta 8 %), y en el día 11 para las heridas por quemadura de grado III AB (SCT 1-2 %) Dolor mínimo en los cambios de apósito (no requiere analgesia adicional) Mepilex Ag pudo dejarse en las heridas por quemadura de grado I-II-IIIa sin cambiar el apósito hasta 48 horas, lo que supuso una disminución de 2 veces la frecuencia de cambio de apósitos.
Meites et al. (2008)	Observacional, prospectivo Centro especializado de quemados Pacientes (edad no especificada) (n=18) con lesiones de espesor parcial; SCT media de 7.2 % (rango: 1-18 %) Tratamiento: Mepilex Ag Duración del tratamiento: No se indica	<ul style="list-style-type: none"> Condición de quemado Características de uso Movilidad de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> Mepilex Ag proporcionó protección antimicrobiana, dejando las quemaduras con un aspecto limpio No hay adherencia del apósito: una oportunidad para que el personal clínico examine las quemaduras o deje los apósitos <i>in situ</i> hasta 7 días Todos los pacientes pueden realizar ejercicios de amplitud de movimiento durante el periodo de tratamiento.
Meuleneire (2008)	Observacional, prospectivo Centro especializado en el cuidado de heridas Pacientes (edad mediana: 74 años; rango 29-91 años) (n=30, con variedad de diferentes heridas agudas/crónicas con signos de infección localizada (que no requieren antibióticos), incluidas 4 lesiones por quemaduras (SCT: no declarada) Tratamiento: Mepilex Ag Duración del tratamiento: Hasta 28 días	<ul style="list-style-type: none"> Signos clínicos de infección localizada Respuesta de curación (evaluación visual) Gravedad del dolor (EVA) Características durante el uso 	<ul style="list-style-type: none"> Erradicación de signos clínicos de infección localizada en el 90 % de las heridas La proporción de heridas curadas o casi curadas al final del periodo de tratamiento fue del 53 % y del 27 %, respectivamente La gravedad del dolor (en curso y en el momento del cambio de apósito) fue menor en el primer y en el último cambio de apósito, en relación con la situación inicial (p<0.0001) Mepilex Ag fue calificado como "excelente"/"muy bueno" en el 77 % de las evaluaciones de los investigadores y en el 82 % de las evaluaciones de los pacientes.

SQP = superficie de quemadura profunda; IQR = rango intercuartil; IV = intravenoso; POSAS = escala de evaluación de la cicatriz del paciente y del observador; ECA = ensayo controlado aleatorizado; GT = grupo de tratamiento; SCT = superficie corporal total; EVA = escala visual analógica)

Referencia: a) Gee Kee EL, Kimble RM, Cuttle L et al. (2015) Randomized controlled trial of three burns dressings for partial thickness burns in children. *Burns* 41 (5): 946-55

Referencias del apéndice

Budkevich LI, Mirzoyan GV, Astamirova TS (2010) [Use of Mepilex Ag silver-containing dressing in the topical treatment of children with thermal injury. *Khirurgiya (Mosk)* 9: 57-60

Gee Kee EL, Kimble RM, Cuttle L, Stockton KA (2016) Scar outcome of children with partial thickness burns: A 3 and 6 month follow up. *Burns* 42 (1): 97-103

Glat PM, Zhang S-H, Burkey BA, Davis WJ (2015) Clinical evaluation of a silver-impregnated foam dressing in paediatric partial-thickness burns. *J Wound Care* 24 (4 Supplement): S4-S10

Meites H, Jett M, Gauthier S et al. (2008) The examination of antimicrobial soft silicone foam dressing with regards to partial thickness burns. Presentación de póster en el 3er Congreso de la World Union of Wound Healing Societies, Toronto, Canadá

Meuleneire F (2008) An observational study of the use of a soft silicone silver dressing on a variety of wound types. *J Wound Care* 17 (12): 535-9

Trouchet F, Guibon O, Meaume S (2012) Clinicians' rationale for using a silver dressing: the French OMAg+E observational study. *J Wound Care* 21 (12): 620-5

Zens T, Yan A, Lee CW et al. (2018) A pediatric burn outpatient short stay program decreases patient length of stay with equivalent burn outcomes. *J Burn Care Res* 39 (3): 353-62

