

Fecha: ABRIL 2015

Consulta nº 30:

Apósitos de alginato en el tratamiento de las úlceras venosas de miembros inferiores.
Efectividad frente a otros apósitos.

Respuesta:

http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=19496&idsec=453

En base a la información que aportan tres guías de práctica clínica (GPC)⁽¹⁻³⁾ y dos recientes revisiones sistemáticas (RS)^(4,5), la utilización de apósitos de alginato no aporta una mayor efectividad en cuanto a la tasa de curación de las úlceras venosas de las piernas (UVPs) en comparación con otros tipos de apósitos disponibles.

Cabe destacar que en todos los documentos revisados se destaca que la evidencia disponible se basa en estudios con limitaciones metodológicas que limitan la calidad de la evidencia.

Una GPC⁽¹⁾ sobre la prevención y el manejo de las UVPs establece, respecto a la selección de apósitos o tratamientos tópicos, que *no hay evidencia que muestre que un tipo de apósito es superior al resto en promover la curación de una UVP*. Añade que tampoco hay evidencia de que un apósito sea superior en el manejo de las úlceras con mucho exudado y que los apósitos fabricados con capacidad de absorción para heridas muy exudativas son igualmente eficaces para favorecer la cicatrización de la herida asociándolos a terapia de compresión. Por otra parte, tampoco los eventos adversos parecen ser significativamente más probables con un tipo específico de apósito.

Por tanto, la guía recomienda en este punto que *se seleccionen los apósitos en base a la evaluación clínica de la úlcera, el coste, la accesibilidad y las preferencias del paciente y de los profesionales sanitarios*. (Grado de recomendación B)*

En ausencia de evidencia que apoye la selección de un apósito u otro, el comité de expertos que elaboró la guía recomienda que la elección primaria de un apósito debe hacerse teniendo en cuenta:

- El tamaño de la úlcera, su ubicación y las características del tejido.
- El nivel de la carga bacteriana.
- La cantidad y el tipo de exudado de la herida
- La tolerancia del paciente y sus preferencias.

- La habilidad y el conocimiento del profesional sanitario.
- El coste y disponibilidad de apósito.
- La presencia de olor y/o dolor.

También se habría de tener en cuenta que:

- Se ha de seleccionar un vendaje que no se adhiera al lecho de la herida.
- Los apósitos menos voluminosos ayudan a mantener los niveles óptimos de compresión. Además los apósitos menos voluminosos se muestran como los preferidos por los pacientes y puede aumentar la calidad de vida de estos.
- Si la herida es muy exudativa, se debe seleccionar un apósito con alta capacidad de absorción.

Otras recomendaciones que encontramos en la guía respecto a la selección de apósitos y tratamientos tópicos son:

- Considerar el uso de apósitos o vendajes impregnados con óxido de zinc para proporcionar comodidad y promover epitelización de una UVP superficial con granulación. (Evidencia basada en el consenso del comité de expertos)
- El uso tópico de aceite de esquisto sulfonado pálido podría usarse para favorecer la curación en UVPs. (Grado de recomendación C)*

Otra **GPC** escocesa de 2010⁽²⁾, comenta, de forma similar, que, en estudios que comparaban distintos tipos de apósitos con los apósitos simples no adherentes y de menor coste, no había evidencia que apoyase la superioridad de un tipo concreto de apósito frente a otro, cuando eran aplicados bajo un vendaje multicapa apropiado, y que tampoco había evidencia sobre la efectividad de los diferentes apósitos en pacientes que no toleraban el vendaje multicapa. En este caso, *para el manejo de las UVPs, se recomiendan los apósitos simples no adherentes.* (Grado de recomendación A)*

Recomendaciones adicionales de la guía en cuanto a la utilización de apósitos son:

- No se recomiendan los apósitos de miel en el tratamiento habitual de los pacientes con UVPs. (Grado de recomendación B)*
- No se recomiendan los apósitos de plata en el tratamiento habitual de los pacientes con UVPs. (Grado de recomendación A)*
- No se recomienda el uso habitual a largo plazo de rutina de los antisépticos tópicos y antimicrobianos. (Recomendación basada en la experiencia clínica de equipo elaborador de la guía)

Por último, la **GPC** de CKS sobre el manejo de la UVPs⁽³⁾, basándose en la guía anterior de 2010 también establece *no hay pruebas de que los apósitos de hidrogel, de hidrocoloides, de alginato, o de espuma de poliuretano tengan un efecto adicional sobre la cicatrización de heridas respecto a la efectividad alcanzada por los apósitos de baja adherencia, bajo un vendaje de compresión de múltiples capas.* Esta guía, además, aporta una serie de consideraciones a la hora de decidir qué apósito utilizar:

- Para las úlceras con baja cantidad de exudado, utilice un apósito de baja adherencia (por ejemplo, un apósito primario viscosa tejida).
- En úlceras muy exudativas, utilizar un apósito de alginato, un apósito de espuma de poliuretano, o un apósito hidrocoloide.
- Para las úlceras que requieren desbridamiento utilizar un apósito de hidrogel.
- Un apósito hidrocoloide oclusivo puede ser útil para las úlceras dolorosas.
- Los apósitos de baja adherencia, los de alginato, y los apósitos de espuma pueden ser preferidos debido a que pueden mantenerse durante 7 días. Los apósitos de hidrogel y los hidrocoloides requieren cambios más frecuentes (cada 3 días).
- Los apósitos que no se recomiendan son: los apósitos adhesivos confinados y los apósitos que contienen antibióticos tópicos o lanolina.

La **RS** de Clinical Evidence sobre las UVPs actualizada en 2011(4), cataloga los apósitos semi-occlusivos (en espuma, película, apósitos derivados del ácido hialurónico, colágeno, celulosa, o alginato) como una estrategia de efectividad desconocida: *en comparación con los apósitos simples de baja adherencia (como los apósitos de gasa parafinada o los apósitos de viscosa tejida), los apósitos semi-occlusivos (entre ellos los de alginato) pueden no ser más eficaces para aumentar la tasa de curación de heridas en presencia de compresión.*

*Centrándonos de forma específica en los efectos de los apósitos de alginato en las UVPs, recientemente The Cochrane Library ha publicado una **RS**(5) realizada con el objetivo de determinar la efectividad en la curación de las UVPs de este tipo de apósitos en comparación con apósitos alternativos, con el tratamiento sin utilizar apósitos o con otro tipo de tratamientos, con o sin terapia de compresión concurrente. En esta revisión se incluyeron cinco ensayos clínicos aleatorios (ECAs) (295 participantes), dos de ellos con riesgo general de sesgo alto y tres con riesgo poco claro. Las opciones terapéuticas que se compararon fueron: diferentes tipos de apósitos de alginato (un ECA, 20 participantes), apósitos de alginato frente a apósitos hidrocoloides (tres ECAs, 215 participantes), y apósitos de alginato versus apósitos planos no adherentes (un ECA, 60 participantes). Tras el análisis de los resultados de los ensayos incluidos, los autores concluyen que, en la actualidad, *no hay evidencia de que los apósitos de alginato sean más o menos eficaces en la curación de las UVPs que los apósitos hidrocoloides o los apósitos sencillos no adherentes, y que tampoco hay evidencia que indique una diferencia entre los diferentes tipos de apósitos de alginato revisados.* Sin embargo, destacan que la base de la evidencia disponible es de baja calidad, que la ausencia de evidencia de calidad limita las recomendaciones específicas sobre el uso de cualquiera de los tipos de apósitos evaluados para la curación de las UVPs y, respecto a la efectividad específica de los apósitos de alginato, que se requieren ECAs, rigurosos y bien diseñados, antes de extraer conclusiones firmes sobre su papel en el manejo de las UVPS. En cuanto a los eventos adversos de las diferentes estrategias, se comenta que el perfil observado fue generalmente similar entre los distintos grupos de tratamiento (aunque no se valoró en la comparación apósitos de alginato versus los apósitos no adherentes sencillos).*

No se han localizado ECAs, en los que se comparen los apósitos de alginato con otro tipo de apósitos en el manejo de las UVPs, *publicados con posterioridad a noviembre de 2012*, fecha en la que se realizó la búsqueda de la que parte la RS de la Cochrane.

* Ver grados de recomendación en los textos completos de las guías.

Referencias (5):

1. Australian and New Zealand clinical practice guideline for prevention and management of venous leg ulcers. National Health and Medical Research Council, 2012. [\[Texto Completo\]](#) [Consulta: 14/05/2013]
 2. Management of chronic venous leg ulcers. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2010. [\[Texto Completo\]](#) [Consulta: 14/05/2013]
 3. Leg ulcer - venous. NICE Clinical Knowledge Summaries (CKS), September 2012. [\[Texto Completo\]](#) [Consulta: 14/05/2013]
 4. Venous leg ulcers. Clinical Evidence, 2011. (Consultado en <http://bestpractice.bmj.com>)
- O'Meara S, Martyn-St James M. Alginate dressings for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD010182. DOI: 10.1002/14651858.CD010182.pub2. [\[Texto Completo\]](#) [Consulta: 14/05/2013]