Revista Internacional de Reparación Tisular y Heridas

ASOCIACIÓN MEXICANA PARA EL CUIDADO INTEGRAL Y CICATRIZACIÓN DE HERIDAS, A.C.

Carta al editor

Vaselina, sulfadiazina y apósitos bioactivos en quemaduras de segundo grado: revisión experta y recomendaciones para clínicos y gestores

Vaseline, silver sulfadiazine and bioactive dressings in second-degree burns: Expert review and recommendations for clinicians and managers

Diego Cristal*

Consultorio de Heridas, Centro Médico Higea–Diabeclub, Mendoza, Argentina

Recibido: 10-09-2025
Aceptado: 15-09-2025

***Correspondencia:** Diego Cristal. diegogermancristal@gmail.com

Introducción

Las quemaduras de espesor parcial son lesiones que exigen decisiones inmediatas y estratégicas terapéuticas inteligentes: un manejo inadecuado en la fase aguda puede transformar una lesión tratable en una herida compleja con secuelas funcionales y estéticas. Las guías internacionales de la *International Society for Burns Injuries* (ISBI) subrayan medidas simples y decisivas de primeros auxilios (enfriamiento con agua corriente durante 15–20 min) y desaconsejan el uso de agentes grasos u oclusivos en el periodo inicial, precisamente por su capacidad de retener calor y alterar la biología de la lesión[1,2].

La vaselina: mecanismo, mitos y riesgos clínicos

El petrolato (vaselina) es una sustancia oclusiva que, aplicada sobre tejido recientemente expuesto, crea un microambiente con escasa disipación térmica, menor intercambio gaseoso y potencial para maceración y colonización microbiana. Clínicamente, esto se traduce en mayor riesgo de progresión de la lesión y retraso de la reepitelización, al interferir con la migración de queratinocitos desde anexos viables. La alarma clínica y publicada sobre su uso en primeros auxilios quedó reflejada en la literatura (caso-discusión publicado en BMJ), que concluye que no debe recomendarse como primera medida en quemaduras agudas[3].

Sulfadiazina de plata: legado y limitaciones

La sulfadiazina de plata (SSD) fue durante décadas el pilar del tratamiento tópico por su actividad antimicrobiana. Sin embargo, la evidencia experimental y clínica ha identificado efectos citotóxicos sobre queratinocitos y fibroblastos, curaciones más dolorosas y, en muchos ensayos, tiempos de cicatrización inferiores frente a apósitos modernos[4,8]. La SSD conserva un papel en escenarios seleccionados (recursos limitados), pero su uso rutinario como "estándar" es cada vez más cuestionable.

Apósitos interactivos y bioactivos: ¿por qué representan la evolución terapéutica?

Los apósitos de nueva generación (hidrofibras con plata, espumas con liberación controlada, biomasas colagénicas o matrices con factores de crecimiento) trabajan con la biología de la herida: mantienen la humedad fisiológica, absorben exudado, controlan la carga bacteriana mediante liberación sostenida de agentes antimicrobianos y reducen el dolor asociado a cambios frecuentes de cura. Ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis muestran consistentemente que las hidrofibras con plata aceleran la tasa de epitelización (por ejemplo, reducción media del orden de 2–3 días), disminuyen el dolor, la frecuencia de curaciones y resultan costo-efectivas por reducción de visitas y complicaciones[5,6,9].

Rev Int Rep Tis Her 2025; 1(2): 15-17
https://doi.org/10.65472/RIRTH-1-2-3
www.revistainternacionaldeheridas.com

© 2025 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Mexicana para el Cuidado Integral y Cicatrización de Heridas A.C. (AMCICHAC, México).

Síntesis para la práctica clínica y la gestión

Desde la óptica del clínico y del gestor hospitalario deben considerarse tres ejes: seguridad del paciente, eficacia clínica y eficiencia de recursos. En la mayoría de las quemaduras de segundo grado (superficial y superficial profunda), la evidencia favorece el uso de apósitos interactivos/bioactivos frente a SSD y desaconseja la aplicación de vaselina en la fase aguda. Las consecuencias tangibles incluyen menor tiempo medio de curación, menos curaciones, optimización del manejo del dolor, menor riesgo de sobreinfección y mejoras en la coste-efectividad cuando se consideran estancias, curas y reintervenciones[5,8,9].

Recomendación

1. En primeros auxilios: enfriar con agua corriente durante 15–20 min; no aplicar vaselina ni ungüentos grasos en la fase aguda[1–3].
2. En manejo local hospitalario: priorizar apósitos interactivos/bioactivos (hidrofibra con plata u opciones equivalentes) para quemaduras parciales, reservando SSD para contextos específicos donde no haya alternativa o cuando existan protocolos locales bien fundamentados[4–6,8].
3. Gestión: Evaluar la costo-efectividad localmente; al medir indicadores (días a cierre, visitas, tasas de infección y necesidad de injerto), muchos servicios encontrarán que la inversión en apósitos avanzados se compensa clínica y económicamente[5,9].

Selección de reseñas bibliográficas y críticas

ISBI *Practice Guidelines* (Burns 2016; Part 2, 2018): documento exhaustivo de consenso que prioriza intervenciones basadas en seguridad, enfriamiento y evaluación temprana; útil para protocolos institucionales, aunque enfatiza adaptación a contextos con recursos limitados[1,2].

De Souza et al., BMJ 2003: contundente nota crítica que, aun basada en series y discusión clínica, movilizó cambios de política y etiquetado sobre vaselina; su valor radica en la advertencia clínica más que en ensayo controlado[3].

Muangman et al., Int Wound J 2010 (RCT): ensayo aleatorizado (n=70) que mostró que Aquacel-Ag acortó tiempo a cierre (10±3 vs 13.7±4 días), redujo dolor y costes; fortalezas: diseño RCT y análisis económico; limitaciones: tamaño muestral y unicéntrico, y precisión geográfica que pide replicación[5].

Wu et al., J Cosmet Dermatol 2023 (metaanálisis): síntesis reciente que confirma la ventaja de las hidrofibras con plata sobre SSD en tiempo de curación, tasa de cierre y menos cambios; revisión útil, pero heterogeneidad entre estudios y necesidad de mayores datos de seguridad a largo plazo[6].

Atiyeh et al., Burns 2007 (review sobre plata): revisión crítica que equilibra la potente actividad antimicrobiana de la plata frente a su citotoxicidad potencial; propone uso temporal y juicios clínicos según el lecho y grado de contaminación[4].

Liang et al., Int J Surg 2020 (nano-plata + EGF): metaanálisis que sugiere que combinaciones bioactivas pueden acelerar la curación y disminuir infecciones en quemaduras profundas; aporta evidencia promisoria para diseños combinados, aunque la calidad metodológica es variable entre estudios incluidos[7].

Conclusión

La vaselina pertenece a la historia útil de la dermocosmética, no al arsenal terapéutico de las quemaduras agudas de espesor parcial. La transición hacia apósitos interactivos y bioactivos, sustentada por ensayos controlados, metaanálisis y recomendaciones de sociedades científicas, es una obligación clínica y una oportunidad de gestión: mejores resultados para el paciente, menor dolor y, con planificación, una reducción del gasto total en la trayectoria asistencial. El clínico, el gestor y el sistema deben alinearse en ese objetivo.

Financiamiento

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

DC: concepción, desarrollo, análisis y revisión del manuscrito. Aprobó la versión final para su publicación.

Conflicto de intereses

No se identificó ningún conflicto de interés comercial, financiero o personal para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Referencias

1. ISBI Practice Guidelines Committee. ISBI Practice Guidelines for Burn Care. Burns. 2016;42(5):953-1021.
2. ISBI Practice Guidelines Committee. ISBI Practice Guidelines for Burn Care. Part 2. Burns. 2018;44(7): 1617-1706.
3. De Souza BA, Furniss D, Olaofe G, Jawad M. Vaseline and burns: Vaseline should not be used as first aid for burns. BMJ. 2003;327(7426):1289.
4. Atiyeh BS, Costagliola M, Hayek SN, Dibo SA. Effect of silver on burn wound infection control and healing: review of the literature. Burns. 2007;33(2):139-148.
5. Muangman P, Pundee C, Opasanon S, Muangman S. A prospective, randomized trial of silver containing

hydrofiber dressing versus 1% silver sulfadiazine for the treatment of partial thickness burns. Int Wound J. 2010;7(4):271-276. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2010.00690.x

6. Wu JJ, Zhang F, Liu J, Yao HJ, Wang Y. Effect of silver-containing hydrofiber dressing on burn wound healing: a meta-analysis and systematic review. J Cosmet Dermatol. 2023;22(5):1685-1691.
7. Liang Y, Xu Z, Zhong L, et al. Effect of nano-silver dressing combined with epidermal growth factor on burn wound healing: a meta-analysis. Int J Surg. 2020;77:170-179.
8. Wasiak J, Cleland H, Campbell F, Spinks A. Dressings for superficial and partial thickness burns. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(3):CD002106.
9. Khansa I, Schoenbrunner AR, Kraft CT, Janis JE. Silver in Wound Care-Friend or Foe?: A Comprehensive Review. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2019 Aug 12;7(8):e2390. Disponible en: https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002390