



BOLETÍN DE INFORMACIÓN
FARMACOTERAPÉUTICA
DE NAVARRA

Volumen 7, nº 2 (junio 1999)

[Búsquedas](#)

[Sumario](#)

[Inicio](#)

[e-mail](#)

Tratamiento tópico de las úlceras por presión

J. Javier Soldevilla Agreda - Enfermero - Servicio de Geriátria Hospital La Rioja. Profesor de Enfermería Geriátrica - Escuela U. Enfermería de Logroño - Universidad de la Rioja. Director del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)

[Tratamiento tópico de las úlceras por presión](#)

[Consideraciones previas](#)

[Directrices generales sobre el tratamiento de las UPP](#)

[Desbridamiento](#)

[Limpieza de la lesión](#)

[Prevención y abordaje de la infección bacteriana](#)

[Elección de un apósito](#)

[Consejos útiles para el tratamiento de las úlceras por presión](#)

[Rivastigmina](#)

[Bibliografía recomendada](#)

TRATAMIENTO TÓPICO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son, al final de este milenio, un importante reto al que se han de enfrentar los profesionales de la salud, los cuidadores familiares, los gestores sanitarios y la sociedad en su conjunto.

Estas lesiones descritas ya en el antiguo Egipto (2000 años a.C.) continúan presentes en la práctica cotidiana. Los pacientes más predispuestos a padecerlas son:

- pacientes con lesión medular (parapléjicos, tetrapléjicos...)
- pacientes con enfermedad neurológica (esclerosis múltiple, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, etc)
- pacientes ancianos con graves dependencias físicas y/o psíquicas, o con incapacidad para moverse
- enfermos de cualquier edad obligados a la inmovilidad, postrados o en fase terminal de su enfermedad.

Este problema durante demasiado tiempo se ha entendido como secundario, "poco glorioso" por la escasa brillantez en su curación, en muchas ocasiones sólo responsabilidad de la enfermera, hasta el extremo de poder definirlo como patología "sumergida", al no aparecer referenciada en muchos informes clínicos de alta. De todo ello se deriva que las investigaciones clínicas, la formación e información en áreas como la prevención o el tratamiento hayan estado descuidadas.

Durante años ha sido difícil determinar el alcance real de estas lesiones por las distintas limitaciones metodológicas que permitieran

extraer conclusiones significativas a partir de los datos disponibles, en muchos casos imprecisos, limitados a una institución o área de salud.

Recientemente se han presentado los resultados del primer estudio suprainstitucional realizado en España. Ha sido analizada la prevalencia de las UPP a nivel de la totalidad de los hospitales generales, centros de atención primaria y residencias de ancianos asistidas de La Rioja (1). Los datos obtenidos del estudio nos acercan a la entidad real de este proceso. Las UPP en sus distintos grados afectan a más de un 12% de la población atendida en un centro hospitalario o socio-sanitario y a más del 0,27% de los mayores de 65 años. En este grupo es donde se encuentran el 45,8% de todos los pacientes con UPP, generalmente ancianos entre los 76 y 80 años. Cerca de un 50% de estas lesiones se encuentran en estadios III o IV y con una antigüedad media de más de 170 días de evolución. Tres de cada cuatro UPP se originaron fuera del domicilio del paciente.

Del mismo modo, el impacto económico es relevante. El citado estudio, con estimaciones a la baja, cifra el coste del tratamiento de las UPP, sólo en un año y sobre una población de algo más de doscientos sesenta mil habitantes, en más de 485 millones.

Sin miedo a equivocarnos, podemos hablar de "una epidemia debajo de las sábanas", con graves consecuencias en la salud global, multiplicando el riesgo de muerte a quien las padece y minando la calidad de vida del paciente y sus cuidadores.

[índice](#) 

CONSIDERACIONES PREVIAS

El tratamiento del paciente con úlceras por presión deberá:

- Contemplar al paciente como un ser integral
- Hacer un especial énfasis en las medidas de prevención
- Conseguir la máxima implicación del paciente y su familia en la planificación y ejecución de los cuidados

Un correcto enfoque de la atención de los pacientes con úlceras por presión, requerirá:

- Desarrollar guías de práctica clínica sobre úlceras por presión con la implicación de la atención comunitaria, atención especializada y socio-sanitaria
- Configurar un marco de práctica asistencial basada en evidencias científicas
- Tomar decisiones basadas en la dimensión coste/beneficio

[índice](#) 

DIRECTRICES GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS UPP

Las Directrices Generales sobre el Tratamiento de las Úlceras por Presión (Doc. III. GNEAUPP) (2), elaboradas por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, forjadas sobre las últimas evidencias científicas disponibles, se ordenan en una serie de epígrafes, algunos de los cuales revisaremos en el desarrollo de este artículo. Todo ello, completa el cuidado local de estas lesiones, área importante en el plan terapéutico global pero insuficiente si se implementa de forma aislada.

Clasificación-estadiaje de las úlceras por presión (Doc.II-GNEAUPP):

Estadio I	Eritema que no palidece en piel intacta
Estadio II	Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial
Estadio III	Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente
Estadio IV	Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc). En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos

1. VALORACIÓN

La evaluación integral al paciente con UPP precisa de una valoración en tres dimensiones: estado del paciente, sus lesiones y su entorno de cuidados. Se debe realizar una historia y examen físico completos al paciente, prestando especial atención a:

- los factores de riesgo de las UPP (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia...)
- la identificación de enfermedades que puedan interferir en el proceso de curación (alteraciones vasculares y del colágeno, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, procesos neoplásicos, psicosis, depresión...)
- edad avanzada, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol...), estado de higiene, tratamientos farmacológicos (corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, inmunosupresores, fármacos citotóxicos..)
- una valoración nutricional para identificar estados de malnutrición (calorías, proteínas, nivel de albúmina sérica, minerales, vitaminas...).

Finalmente se debe realizar una valoración psicosocial y examinar la capacidad, habilidad y motivación del paciente para participar en su programa terapéutico.

A la hora de valorar una lesión (3), será preciso realizarlo utilizando unos parámetros unificados por el equipo. Es importante la valoración y el registro de la lesión al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran. Ésta debiera de incluir, al menos, los siguientes parámetros:

localización de la lesión
clasificación-estadiaje (4)
dimensiones (longitud-anchura/área de superficie/ volumen)
tunelizaciones, excavaciones, trayectos fistulosos
tipos de tejido/s presente/s en el lecho de la lesión
estado de la piel perilesional
secreción de la úlcera, dolor
signos clínicos de infección local
antigüedad de la lesión
curso-evolución de la lesión

2. ALIVIO DE LA PRESIÓN SOBRE LOS TEJIDOS

Disminuir el grado de presión, rozamiento y cizallamiento es una máxima en el contexto de la prevención y del tratamiento de las UPP (5). La disminución de la presión puede obtenerse mediante la utilización de técnicas de posición (encamado o sentado) y la elección de una adecuada superficie de apoyo.

Las superficies de apoyo pueden ser estáticas y dinámicas.

- **Estáticas:** colchonetas-cojines estáticos de aire, de agua, de fibra, de espuma de grandes dimensiones, viscoelásticos, colchones de latex, etc.
- **Dinámicas:** colchones-colchonetas alternantes de aire, de posicionamiento lateral, camas fluidificadas, camas bariátricas

El adecuado uso de superficies de apoyo es importante tanto desde el punto de vista de la prevención, como bajo la óptica de medida coadyuvante en el tratamiento de lesiones instauradas, y su extensión ha de superar al propio ámbito hospitalario, alcanzando plenamente a la atención domiciliaria. Cada día son más los estudios que destacan las ventajas de su utilización en este medio, a través de sistemas de cesión temporal por parte de los centros de salud al usuario en situación de riesgo o con lesiones en curso (5, 6). Es importante recordar que las superficies de apoyo son un valioso aliado en el alivio de la presión, pero totalmente, no sustituyen a los cambios posturales.

Se recomienda utilizar una superficie estática si el individuo puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la UPP. Se debe emplear una superficie dinámica si el individuo es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre la UPP.

3. CUIDADOS GENERALES

Se reconoce un mayor riesgo de desarrollar nuevas UPP en aquellos pacientes que ya presentan o presentaron alguna de estas lesiones. Por ello, será necesario continuar, si cabe con mayor énfasis, con el programa de prevención de UPP (7).

La nutrición juega un papel relevante en la cicatrización de las heridas. Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las UPP sino que también puede evitar la aparición de éstas (8).

4. CUIDADOS LOCALES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Un plan básico de cuidados locales de la úlcera debe de contemplar:

1. Desbridamiento del tejido necrótico
2. Limpieza de la herida
3. Prevención y abordaje de la infección bacteriana
4. Elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal

índice 

DESBRIDAMIENTO

La presencia en el lecho de la herida de tejido necrótico bien sea como escara negra, amarilla, de carácter seco o húmedo, actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

La elección del método de desbridamiento vendrá determinada por la situación global del paciente (valoración especial en enfermos con trastornos de la coagulación, enfermos en fase terminal de su enfermedad, etc) y las características del tejido a desbridar (9).

Los métodos de desbridamiento más efectivos son quirúrgico, químico (enzimático) y autolítico. Mientras existan tejidos desvitalizados susceptibles de ser retirados por procedimientos quirúrgicos, sería aconsejable para obtener mejores resultados, combinar desbridamiento quirúrgico con desbridamiento autolítico o desbridamiento quirúrgico con desbridamiento enzimático.

Desbridamiento quirúrgico

Está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo. Es un procedimiento cruento que requiere de conocimientos, destreza y de una técnica y material estéril. La política de cada Institución o nivel asistencial determinará quién y dónde realizarlo.

El desbridamiento cortante deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano), siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión.

Ante la posibilidad de la aparición de dolor en esta técnica, es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (ej. gel de lidocaina 2%). La hemorragia puede ser una complicación frecuente que podremos controlar generalmente mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, etc. Es infrecuente tener que recurrir a la sutura del vaso sangrante para cohibir la hemorragia. Una vez controlada ésta sería aconsejable utilizar durante un periodo de 8 a 24 horas un apósito seco, cambiándolo posteriormente por un apósito húmedo (Tabla 1).

Tabla 1: Apósitos basados en cura húmeda

<p>. Alginatos</p> <p>En placa</p> <p>En cinta</p>	<p>. Hidrogeles</p> <p>En placa</p> <p>En estructura amorfa (geles)</p>
<p>. Hidrocoloides</p> <p>En placa</p> <p>En granulos</p> <p>En pasta</p> <p>Combinados con alginato cálcico</p> <p>En fibra</p>	<p>. Poliuretanos</p> <p>En film/película</p> <p>Hidrofílicos (foam)</p> <p>Hidrocelulares en placa</p> <p>Hidrocelulares para cavidad</p> <p>Espumas de Polímero</p> <p>Gel de espuma de poliuretano</p>

Desbridamiento químico (enzimático)

El desbridamiento químico o enzimático es un método más a valorar cuando el paciente no tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección.

Existen comercializados diversos productos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos) que pueden utilizarse como agentes de detersión química de los tejidos necróticos, entre ellos la colagenasa. Existen evidencias científicas que indican que ésta, favorece el desbridamiento y el crecimiento de tejido de granulación. Cuando vaya a ser utilizada, es recomendable proteger la piel periluceral mediante una pasta de zinc, silicona, etc, al igual, que aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción, que puede hacerse aplicando unas gotas de suero fisiológico.

Desbridamiento autolítico

El desbridamiento autolítico se favorecerá mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda. La mayor hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinólisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados, son los fundamentos de su acción desbridadora.

Esta fórmula de desbridamiento es más selectiva (produce un desbridamiento únicamente de tejidos no viables, sin afectar al resto) y atraumática, no requiriendo de habilidades clínicas específicas y siendo generalmente bien aceptado por el paciente. Presenta una acción más lenta en el tiempo.

Cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda, de manera general y los hidrogeles en estructura amorfa de manera específica (especialmente ante la existencia de tejido esfacelado) son productos con capacidad de producir desbridamiento autolítico.

LIMPIEZA DE LA LESIÓN

Las lesiones se deben limpiar inicialmente y en cada cura. Para ello, se recomienda utilizar como norma suero salino fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera así como para su secado posterior (10).

La presión de lavado efectivo debe facilitar el arrastre de los detritus, bacterias y restos de curas anteriores pero sin producir traumatismos en el tejido sano. La más eficaz es la proporcionada por la gravedad o, por ejemplo, la que realizamos a través de una jeringa de 35 ml con una aguja o catéter de 0,9 mm. Las presiones de lavado de la úlcera efectivas y seguras oscilan entre 1 y 4 kg/cm².

No se debe limpiar la herida con antisépticos locales (povidona iodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito...) o limpiadores cutáneos. Todos son productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y, en algunos casos, su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo.

índice 

PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA INFECCIÓN BACTERIANA

Todas las UPP están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que las lesiones estén infectadas (11). Una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita, en la mayor parte de los casos, que la colonización bacteriana progrese a infección clínica.

Ante la presencia de signos de infección local (inflamación, eritema, edema, tumor, calor, dolor, olor, exudado purulento) deberá de intensificarse la limpieza y el desbridamiento. Si transcurrido un plazo de entre dos y cuatro semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente o continúa con signos de infección local, habiéndose descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con un antibiótico local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan las UPP (por ej. sulfadiazina argéntica, ácido fusídico...) y durante un periodo máximo de dos semanas (8).

Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse entonces, cultivos bacterianos, cualitativos y cuantitativos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular, evitando, a ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar sólo contaminantes de superficie y no el verdadero microorganismo responsable de la infección (12).

Identificado el germen se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión.

índice 

ELECCIÓN DE UN APÓSITO

Las evidencias científicas disponibles demuestran la efectividad clínica y ventajas en coste/beneficio (espaciamiento de curas, menor manipulación de las lesiones...), de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional a través de apósitos de gasa (13).

Un apósito ideal (10) debe ser biocompatible, proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca, eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción, dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión, ser adaptable a localizaciones difíciles y ser de fácil aplicación y retirada.

Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores.

La selección de un apósito de cura en ambiente húmedo deberá de realizarse considerando las siguientes variables:

- Localización de la lesión
- Estadío
- Severidad de la úlcera
- Cantidad de exudado
- Presencia de tunelizaciones
- Estado de la piel perilesional
- Signos de infección
- Estado general del paciente
- Nivel asistencial y disponibilidad de recursos
- Coste-efectividad
- Facilidad de aplicación en contextos de autocuidado

Para evitar que se formen abscesos o se "cierre en falso" la lesión, será necesario rellenar parcialmente (entre la mitad y las tres cuartas partes) las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda.

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por las características específicas del producto seleccionado (13). Será preciso elegir el apósito que permita un óptimo manejo del exudado sin permitir que desequilibre el lecho de la úlcera ni lesione el tejido periulceral.

Los alginatos son derivados naturales con una elevada capacidad de absorción. No existe restricción de uso frente a lesiones infectadas para los hidrogeles y poliuretanos, no estando recomendados en tales casos los hidrocoloides al no haberse podido comprobar la inexistencia de complicaciones en úlcera infectadas (8).

La reparación quirúrgica de estas lesiones (cierre directo, injertos de piel, colgajos cutáneos, musculocutáneos, libres) y aspectos de educación y mejora de la calidad de vida completarían esta breve singladura por la atención de las UPP.

índice 

CONSEJOS ÚTILES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- No olvidar valorar el estado general del paciente con UPP junto a sus lesiones.
- Aliviar la presión de los tejidos dañados mediante técnicas de posición y elección de una superficie de apoyo especial.

"Sobre las úlceras por presión se pueden poner muchas cosas,... menos al paciente".

- Un buen soporte nutricional es imprescindible para conseguir la cicatrización de estas lesiones.
- El esquema básico de cuidados locales pasa por el desbridamiento de los tejidos desvitalizados mientras existan, la limpieza de la lesión en cada cura, la atención del proceso de colonización e infección bacteriana y la elección de un apósito que mantenga el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

- Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos de un apósito ideal.
- La selección del apósito basado en cura húmeda se hará considerando diversas características de la lesión (exudado, estadio, localización, piel perilesional, signos de infección, etc.) y del contexto asistencial.

Hay que recordar que:

- Los apósitos hidrocoloides no deben utilizarse en heridas infectadas
- Los alginatos poseen una alta capacidad de absorción
- Los apósitos de poliuretano hidrofílicos o hidrocélulares tienen una importante capacidad de absorción de exudados y es posible utilizarlos junto a cualquier producto (agentes enzimáticos, hidrogeles, antibacterianos, etc)
- Los hidrogeles en estructura amorfa, tienen una reconocida efectividad en el proceso de desbridamiento, especialmente ante superficies con tejidos esfacelados
- Los hidrogeles en estructura amorfa precisan de un apósito secundario

PRODUCTOS BASADOS EN CURA HÚMEDA							
APÓSITOS POLIURETANOS		APÓSITOS HIDROCOLOIDES				HIDROGEL	ALGINATOS
FILM PELICULA	HIDRO CELULAR HIDRO FÍLICO ESPUMAS POLIMERO HIDRO ACTIVOS	HCL	HCL EXTRA-FINO	HCL +	OTROS		
HYDRO FILM	ASKINA TRANSORB.	BIOFILM-S	BIOFILM TRANSPARENTE	COMFEEL PLUS EXTRA-ABSORB. (hidro-regulador)	COMFEEL PLUS PROTECTOR	COMFEEL PURILON GEL (HL)	SORBSAN
BIO CLUSIVE	ASKINA TRANSORB. SACRUM	BIOFILM-PATCH	COMFEEL PLUS TRANSPARENTE	DERMASORB (espiral)	AQUACEL (Hidro-fibra)	VARIHESIVE HIDROGEL (HL)	SORBSAN-PLUS (A,C)
OMIDERM	CUTINOVA CAVITY	ULCUFLEX (A, P, G)	VARIHESIVE EXTRA-FINO		COMBI DERM (Hidropartículas absorbentes)	HYDRO SORB	COMFEEL SEASORB
OP-SITE	CUTINOVA PLUS	COMFEEL ULCUS (A,P,G)	HYDROCOLL (THIN, SACRAL)			NU-GEL (HL) (hidrogel + alginatos)	SORBAL GON
FLEXIGRID	CUTINOVA HYDRO	VARIHESIVE GEL-CONTROL (A,P,G)				GELIPEM (A, HL) . Seco . Húmedo	TEGAGEL
TEGADERM	CUTINOVA FOAM	ALGOPLAQUE				2ND SKIN	
TEGAPORE	CUTINOVA THIN	TEGASORB				INTRASITE GEL	
	INDAGEL						

TIELLE						
ALLEVYN						
ALLEVYN - Adhesive						
ALLEVYN - Cavity						

A= Apósito; P= Pasta; G= Gránulos; HL= Hidrogel líquido; C= Cinta

NOTA: El presente cuadro, por error u omisión, puede no incluir algún producto comercializado en el mercado español.

FUENTE: Recopilación realizada por el autor.

índice 

RIVASTIGMINA

La rivastigmina es un inhibidor no competitivo reversible de la acetilcolinesterasa de acción prolongada que produce un incremento de la concentración de acetilcolina a nivel de sinapsis por lo que aumenta la transmisión colinérgica. Está indicado en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en estadio leve a moderado. La absorción del fármaco es del 96% aunque la biodisponibilidad se ve reducida pues presenta efecto de primer paso. Se metaboliza con rapidez (vida media = 1 hora) y se excreta fundamentalmente por riñón en el plazo de 24 horas (1,2).

En cuanto a su eficacia se han realizado tres ensayos clínicos hasta la fecha, aunque sólo se han publicado dos de ellos. El primer ensayo, finalizado en 1997, no ha sido dado a conocer en su totalidad, aunque disponemos de algunos datos sobre el mismo (3).

En los dos estudios publicados (4,5) se han detectado diferencias significativas en cuanto al enlentecimiento del deterioro cognitivo de estos pacientes, sobre todo si se utilizan dosis altas de rivastigmina. Sin embargo, en el estudio no publicado (6) tan solo se registró enlentecimiento significativo del deterioro cognitivo en el test ADAS-Cog, mientras que los resultados no fueron significativos en las otras cuatro pruebas de evaluación realizadas (CIBIC-Plus, GDS, MMSE y PDS) cuando se emplearon dosis altas de rivastigmina.

Por otro lado, el hecho de que se obtengan diferencias estadísticamente significativas en una escala de evaluación del estado mental no debe traducirse necesariamente en que el paciente vaya a experimentar una mejora clínica de relevancia. Los importantes problemas metodológicos en los ensayos clínicos con pacientes con enfermedad de Alzheimer (variabilidad del enfermo, sesgos del examinador, inestabilidad de los tests, sesgos de selección, altas tasas de abandonos, dificultad de estudio ciego, etc.) obligan a relativizar los resultados y buscar nuevas herramientas para futuros estudios (7).

Esta limitada eficacia de la rivastigmina aumenta con la dosis. Inicialmente se recomienda administrar 1,5 mg/12h, junto con la comida. Si se tolera bien después de un mínimo de 2 semanas de tratamiento, podrá incrementarse a 3 mg/12h. Para aumentos posteriores a 4,5 y 6 mg/12h deberá tomarse en consideración la buena tolerabilidad de la dosis administrada en cada momento, y sólo podrán plantearse tras un mínimo de 2 semanas de tratamiento con cada nivel de dosificación. La dosis máxima recomendada es de 6 mg/12h (8).

Una de las limitaciones de este fármaco es la incidencia de reacciones adversas, que constituye la causa principal de retirada del tratamiento. Las más frecuentemente descritas son: náuseas, vómitos, mareos, somnolencia, astenia y anorexia. En los dos ensayos publicados el 30-35% de los pacientes que recibieron dosis de 3-6 mg/12h abandonaron el tratamiento. En el ensayo no publicado se produjo la suspensión del tratamiento en el 49% de los pacientes a los que se suministraron dosis de 4,5 mg/12h.

En cuanto a las interacciones con otros medicamentos, rivastigmina no debe administrarse al mismo tiempo con otros fármacos colinérgicos y puede interferir con la actividad de medicaciones anticolinérgicas. En estudios sobre voluntarios sanos no se han observado interacciones con digoxina, warfarina, diazepam y fluoxetina. El aumento del tiempo de protrombina no se ve afectado por la administración de rivastigmina (2).

No se ha establecido la seguridad de rivastigmina en el embarazo ni se dispone de información sobre si el fármaco se excreta en la leche materna.

La rivastigmina es un medicamento de diagnóstico hospitalario, por lo que el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ha establecido, de acuerdo con especialistas en neurología, psiquiatría y geriatría, unos criterios para la utilización racional de rivastigmina. En ellos se resalta fundamentalmente la utilización en estadios leves-moderados de la enfermedad y la obligación de que el especialista evalúe cada 6 meses la respuesta del paciente al tratamiento, ya que no existen datos de los efectos a largo plazo de este fármaco.

Rivastigmina es el tercer medicamento aprobado en España para la enfermedad de Alzheimer. Parece que puede ocasionar una limitada mejora en la función cognitiva de estos pacientes aunque, al igual que tacrina y donepecilo, de momento no ha demostrado mejorar el comportamiento, la capacidad funcional ni la calidad de vida de los pacientes. Tampoco frena el progreso de la enfermedad. Debido a su limitada eficacia, a los problemas de tolerancia y al elevado coste económico, la utilización de rivastigmina no constituye un tratamiento apropiado para la mayoría de los pacientes afectados de enfermedad de Alzheimer. De momento, debemos seguir esperando la aparición de terapias que supongan una mejora clínica de relevancia en estos pacientes.

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS CON RIVASTIGMINA

Nombres registrados	Presentación	Precio (pts)
Exelon® , Prometax®	1,5 mg 28 caps	9.112
Exelon® , Prometax®	1,5 mg 56 caps	18.220
Exelon® , Prometax®	3 mg 56 caps	19.133
Exelon® , Prometax®	4,5 mg 56 caps	19.901
Exelon® , Prometax®	6 mg 56 caps	20.885

COSTE TRATAMIENTO/DÍA (PTS)

Tacrina	120 mg*	575
Donepezilo	7,5 mg*	629
Rivastigmina	6-12 mg	683-746

* DDD propuesta por la WHO International Drug Utilization Working Group

[Subir](#)
[Búsquedas](#)
[Sumario](#)
[Inicio](#)
[e-mail](#)