



Acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
6,2 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com



Síndromes menores

- 1 Aftas
- 2 Fiebre
- 3 Conjuntivitis y sequedad ocular
- 4 Estreñimiento
- 5 Prurito vaginal
- 6 Diarrea
- 7 Cefalea
- 8 Dermatitis
- 9 Gripe y resfriado
- 10 Lumbalgia
- 11 Insomnio
- 12 Pirosis
- 13 Tos
- 14 Enfermedad hemorroidal
- 15 Prurito: interferencia en la calidad de vida

Atención farmacéutica

TEMA 15

Prurito: interferencia en la calidad de vida

Marta Olmedillo, Lorena Mármol, Leire Grijelmo

Farmacéuticas. Grupo Tramadol. COFBI

El prurito es uno de los síntomas más frecuentes en muchas afecciones. Su cuidado es importante, ya que afecta a la calidad de vida e interfiere en la vida cotidiana de quienes lo padecen, además de ser, en algunos casos, la expresión de un proceso grave.

Definición

El prurito es una sensación de picor en una zona de la piel que provoca el deseo de rascarse. A pesar de ser un mecanismo de protección, es tan molesto que puede alterar la vida de quienes lo padecen. Un sinónimo de prurito es «picaazón». Este trastorno acompaña a numerosos procesos cutáneos o sistémicos, de los que en ocasiones puede ser la única manifestación.

Fisiopatología

La señal del prurito se transmite por un subconjunto de fibras especializadas tipo C, que se encuentran superficialmente en la piel. Son amielínicas y de baja velocidad de conducción, pero alcanzan grandes territorios de inervación.

Los mediadores que estimulan las fibras C son: histamina, tripsina, proteasas, péptidos (bradiquinina, péptido intestinal vasoactivo y sustancia P) y las sales biliares.

El impulso es transmitido por estas fibras a las neuronas espinales en la lámina I en el asta dorsal de la médula espinal, luego viaja a través del tracto espi-



©Piotr Marcinski/iStock/Thinkstock

notalámico hacia el tálamo, y de éste a la corteza anterior cingulada e insular, y a las zonas somatosensoriales primarias y secundarias.

La respuesta es el rascado, que alivia el picor porque activa las neuronas betamielinizadas de conducción rápida que causan inhibición generalizada en la zona circundante, debido a la activación de los circuitos neuronales inhibitorios en la sustancia gelatinosa de las astas posteriores de la sustancia gris.

Sin embargo, el rascado repetitivo en trastornos crónicos produce nuevas lesiones en la piel, que a su vez favorecen mayor secreción de neuropéptidos y opiáceos, los cuales podrían estimular aún más el círculo vicioso de prurito-rascado.

Epidemiología

Aunque es un fenómeno que afecta a toda persona en algún momento de su vida, no existen datos epidemiológicos fiables sobre su incidencia, ya que con frecuencia es una simple molestia que en muchos casos no da lugar a una consulta médica.

Etiología

Entre las causas del prurito se encuentran las siguientes:

Afecciones cutáneas

Acompaña a numerosas alteraciones de la piel, desde la xerosis cutánea o todos los tipos de dermatitis, hasta algunos cánceres. Habitualmente sólo afecta a una determinada región corporal, como veremos en el apartado siguiente.

Patologías sistémicas

El prurito acompaña a numerosas afecciones:

- Alteraciones metabólicas: hipertiroidismo, diabetes mellitus, síndrome carcinoide.
- Enfermedades hematológicas: policitemia *vera*, paraproteinemia, deficiencia de hierro.
- Neoplasias malignas: linfoma y leucemia, carcinoma abdominal, tumo-

res del SNC, mieloma múltiple, mi-
cosis fungoide.

- Enfermedades hepáticas: obstrucción biliar (colestasis).
- Infestaciones: anquilostomiasis, oncocerciasis, ascariasis, algunas zoonosis.
- Estados psicógenos: estrés emocional, parasitosis imaginaria, excoriaciones neuróticas.
- Enfermedad renal: insuficiencia renal crónica.
- Otros: mastocitosis, envejecimiento (prurito senil), etc.

Es uno de los síntomas más comunes de la enfermedad hepatobiliar, y está presente en aproximadamente el 25% de los pacientes con ictericia. También es un síntoma relativamente frecuente en quienes padecen enfermedad renal crónica, pues afecta al 22-30% de estos pacientes y a más del 90% de los que reciben diálisis.

La deficiencia de hierro es otra causa bien conocida de prurito de origen sistémico, por lo que se sugiere que el estudio de los pacientes con prurito crónico de origen desconocido incluya la determinación de hierro y ferritina.

El hipertiroidismo es la causa más frecuente de prurito endocrino. La tasa es del 11,4%, y la condición es especialmente frecuente en pacientes no tratados con enfermedad de Graves.

El prurito puede estar presente en pacientes con diabetes mellitus e hipotiroidismo, mal controlados. También afecta al 48-70% de los casos de policitemia *vera*.

La tasa de malignidad del prurito generalizado es menor del 8%. Aproximadamente el 35% de los pacientes con enfermedad de Hodgkin presentan prurito, mientras que éste sólo afecta al 10% de los casos de linfoma no Hodgkin.

Uso de algunos medicamentos

Son muchos los fármacos que pueden producir prurito como efecto adverso directo, con erupciones en la piel o sin ellas, o indirectamente como consecuencia de alteraciones hepáticas o re-

nales debidas al fármaco. Entre ellos se encuentran:

- El ácido acetilsalicílico.
- Alopurinol.
- Amiodarona.
- Los antibacterianos (metronidazol, quinolonas, sulfamidas...).
- Los antineoplásicos (citarabina, doxorubicina, paclitaxel, cisplatino...), agentes biológicos (interferón, antagonistas del receptor del factor de crecimiento epidérmico [EGFR]).
- Los antiepilépticos (carbamazepina, topiramato, fenitoína...).
- Capsaicina.
- Cloroquina y otros antimaláricos.
- Digoxina.
- Estatinas.
- Hidroxietyl-almidón.
- Los inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina (IECA).
- Los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS).
- Los opiáceos: se produce en el 10-50% de los pacientes con administración intravenosa, y en el 20-100% de los que los reciben por vía epidural o intraespinal.
- Tuberculostáticos (rifampicina, pirazinamida).

Clasificación

Existen diferentes clasificaciones, pero las más utilizadas son las que se basan en la localización y extensión del prurito o en su etiología.

Según la localización

- **Generalizado.** Afecta a la mayor parte de la superficie cutánea. Aunque puede ser el síntoma de una enfermedad dermatológica, es más frecuente que refleje una patología sistémica.
- **Localizado.** Afecta únicamente a ciertas regiones corporales. Es especialmente frecuente en las consideradas «zonas pruriginosas».
 - *Vulvar/vaginal.* Se limita a la región vulvar y perineal. Puede acompañar a algunas dermatosis, y en general a afecciones ginecológicas, como infecciones, vaginitis atrófica, alergias o irritaciones locales, liquen plano, etc.

©Astrid Gastri/Stock/Thinkstock



- *Anal*. Aparece frecuentemente en varones blancos de edad media. A menudo se relaciona con la presencia de hemorroides o fisuras anales, o con infecciones bacterianas, aunque también puede deberse a ciertas comidas (picantes...) o factores psicológicos.
- *Ocular*. Suele deberse a conjuntivitis alérgica, blefaritis, ojo seco, etc.
- *Capilar*. Es característico de la caspa, la dermatitis seborreica, la infestación por piojos, etc.

En ocasiones, este tipo de prurito localizado no se debe a una afección local, sino a una patología sistémica, como la diabetes.

Según la etiopatogenia

- **Primitivo o primario**. Con frecuencia es de origen desconocido.
- **Secundario**. Como ya se ha indicado, puede deberse a afecciones localizadas o generalizadas.
- **Iatrogénico**. Como ya se ha indicado, son muchos los medicamentos que pueden producir prurito.

Criterios de derivación

Cuando un paciente acude a la farmacia solicitando un tratamiento para el prurito, en primer lugar debe descartarse que se cumpla alguno de los criterios que hacen necesaria su derivación al médico:

- El prurito es generalizado o afecta a una superficie muy extensa.
- La afección se localiza en la zona anogenital.

- El paciente presenta una patología sistémica que podría ser la causa.
- El picor se acompaña de otros síntomas (exudado, inflamación, otros signos de infección...) que hacen sospechar una afección dermatológica que precisa un correcto diagnóstico.
- El paciente está tomando algún medicamento de prescripción que podría ser la causa del problema.

Además, deben ser remitidos al médico los niños menores de 2 años (salvo cuando se trate de un prurito local sin más complicaciones) y los casos en que los síntomas duren más de 1 semana.

Medidas preventivas y tratamiento no farmacológico

Existen distintas medidas que pueden ayudar a romper el círculo picor-rasca-picor y a sobrellevar lo mejor posible el prurito:

- Evite rascarse la zona afectada. En vez de rascarse, puede darse golpecitos suaves sobre ella.
- Mantenga las uñas bien cortadas y limpias.
- Utilice prendas de algodón, evitando la lana y las microfibras.
- Dúchese en vez de darse un baño, ya que el cloro irrita la piel. Utilice agua tibia (entre 32 y 34 °C), ya que el agua caliente es vasodilatadora y por lo tanto favorece el prurito. Si desea darse un baño, utilice un jabón de avena.

- En la ducha utilice un gel suave que no contenga perfume y cuyo pH se aproxime al de la piel.
- Al secarse la piel después de la ducha, evite frotarse con la toalla. Es preferible que dé pequeños toquitos sobre la piel para ir secándola poco a poco.
- Hidrate la piel después de la ducha con cremas emolientes.
- Emplee humidificadores en casa para que el ambiente no sea seco.
- Evite ciertos alimentos que causan vasodilatación: alcohol, cafeína, picantes e hidratos de carbono. Estos últimos favorecen el aumento del edema en la lesión.
- Tenga en cuenta que la mejor forma de hidratar la piel es realizar una ingesta diaria suficiente de agua (2 litros).

Tratamiento

Aunque el abordaje terapéutico del prurito debe basarse en eliminar la causa que lo produce, a menudo es necesario recurrir al tratamiento sintomático tópico o sistémico.

Tratamiento tópico

Aunque en muchas ocasiones es suficiente con aplicar un preparado hidratante, como primera opción terapéutica suele recurrirse a productos refrescantes como la loción de calamina, pasta Lassar o preparados a base de mentol u otras sustancias refrescantes. También puede recurrirse al empleo de pramoxina al 1% o corticoides suaves (hidrocortisona 0,5%), sobre todo cuando se asocia a inflamación.

No deben utilizarse los antihistamínicos por vía tópica porque producen fotosensibilizaciones, y tampoco es recomendable el uso de anestésicos locales.

En algunos casos, y siempre bajo prescripción médica, puede emplearse capsaicina, un inhibidor de la sustancia P, que está indicada especialmente en prurito por diálisis.

Tratamientos sistémicos

Los tratamientos por vía oral deben realizarse exclusivamente por prescripción médica.

Antihistamínicos

• Anti H1

a) No sedantes

Son los de elección, especialmente para aquellas personas en las que es esencial mantener un buen estado de alerta:

- Cetirizina: 10 mg (máximo 20 mg) cada 24 h.
- Ebastina: 10 mg (máximo 20 mg) cada 24 h.
- Loratadina: 10 mg/24 h.
- Rupatadina: 10 mg/12 h.

b) Sedantes

Deben reservarse para cuando hay un importante componente ansioso.

- Dexclorfeniramina: 4 mg/8 h.
- Ciproheptadina: 2-4 mg/6-8 h en urticaria por frío.
- Hidroxizina: 25-100 mg/6-8 h.

• Anti H2

Se emplean en combinación con los anteriores cuando éstos no son efectivos y en algunos casos de prurito de etiología específica:

- Ranitidina.
- Nizatidina.
- Famotidina.
- Cimetidina.

Antidepresivos tricíclicos

- Doxepina: 10-30 mg por la noche, vía oral (también puede utilizarse por vía tópica).

Paroxetina

- 20 mg/día. Como inhibe los receptores centrales opioides y la isoenzima CYP2D6, puede utilizarse en prurito por opioides.

Antagonistas opioides

Se emplean en prurito relacionado con opioides y de origen colestásico.

- Naloxona: 10-20 mg/día (hasta 40 mg en colestasis).

- Naltrexona: 10-20 mg/día (hasta 40 mg en colestasis).

Gabapentina

Se utiliza en el prurito idopático, con componente ansioso, prurito de tipo urémico o de etiología neurogénica.

Ondansetrón

Suele emplearse en prurito relacionado con opioides y de origen colestásico (4-8 mg/8 h).

Colestiramina/colestipol

Se recomienda para casos de prurito urémico, colestásico o por policitemia vera.

Otras alternativas terapéuticas

Algunas plantas medicinales pueden resultar de utilidad en el tratamiento del prurito. Así, puede recomendarse la aplicación tópica de infusiones de malvasisco, lavanda, tila, espliego, poleo o el uso de cataplasmas con semillas de alfalfa.

También se ha empleado la acupuntura, la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) y tratamientos físicos como la crioterapia o la fototerapia.

Tratamiento del prurito en situaciones especiales

- **Embarazo.** El prurito es bastante frecuente en etapas avanzadas de la gestación y suele desaparecer tras el parto. Son de primera elección las medidas tópicas y, en caso de que sea necesario recurrir a la vía sistémica, los antihistamínicos con más experiencia de uso son cetirizina (10 mg/día), loratadina (10 mg/día), dexclorfeniramina (4 mg/día). Todos ellos pertenecen a la categoría B de la FDA.

- **Prurito de origen oncológico.** En el tratamiento de este tipo de prurito, es especialmente importante controlar los factores que lo desencadenan o agravan, como la ansiedad, el sudor, el hastío... ●

Bibliografía

- Bazán V, Pérez R, Seisdedos N, Arechabaleta E. Protocolo de tratamiento del prurito en farmacia comunitaria. 2003. Disponible en: https://www.cofbizkaia.net/Sec_RP/wf_repositorioTipoDocumento1st.aspx?IdMenu=127. (Último acceso: enero 2016.)
- Bernhard J, Yosipovitch G. Prurito crónico. In: *Tramado* [en línea]. 2013; 368(17). Disponible en: <http://www.intramado.net/contentover.asp?contenidoID=80223>. (Último acceso: enero 2016.)
- Brito MJ, Guevara E, Soto JA. Prurito de origen sistémico. *Dermatol Rev Mec* [en línea]. 2012; 56(4): 246-254. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrev-mex/rmd-2012/rmd124e.pdf>. (Último acceso: enero 2016.)
- González AR, Hernández LM, Larrondo RP, Larrondo RJ. El prurito. Síntoma frecuente en la atención primaria. *Revista cubana de medicina general integral* [en línea]. 2000; 16(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000400016. (Último acceso: enero 2016.)
- Ronderos Acevedo MC, Solórzano Amador A. Prurito. Parte I. Fisiopatología y enfermedades asociadas. *Revista CES Medicina* [en línea]. 2012; 26(2): 249-258. Disponible en: <file:///C:/Users/compaq/Downloads/Prurito.%20Parte%20I.%20Fisiopatolog%C3%ADa%20y%20enfermedades%20asociadas.pdf>. (Último acceso: enero 2016.)
- Vera L. Prurito como manifestación de múltiples procesos, su enfoque y terapéutica. *Revista médica La Paz* [en línea]. 2012; 18(2). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582012000200011&script=sci_arttext. (Último acceso: octubre 2015.)

