



PRURITO

Emma Zardaín Tamargo, CIM

El prurito se define como la sensación desagradable que provoca la necesidad de rascarse, y comparte muchas características fisiológicas con el dolor. Es el síntoma dermatológico más frecuente y también motivo de consultas en la farmacia. Puede asociarse a lesión visible en la piel o no (prurito esencial). Puede ser localizado (prurito anal, vaginal, ocular, del cuero cabelludo...) o generalizado, y agudo o crónico (más de 6 semanas de duración).

Causas¹⁻⁸

Las causas más frecuentes de *prurito localizado* son: Prurito vulvar/vaginal: infecciones (candidosis, tricomonas etc), vaginitis atrófica; alergia, irritación, liquen plano.

Prurito anal: hemorroides o fisura anal, infecciones, parasitosis...

Prurito ocular: conjuntivitis alérgica, blefaritis, ojo seco, etc.

Prurito capilar: caspa, dermatitis seborreica, piojos...

El *prurito generalizado* puede ser el síntoma de una enfermedad dermatológica o deberse a una enfermedad sistémica. Las dermatosis pruriginosas más frecuentes son la dermatitis atópica, dermatitis de contacto, urticaria, micosis, psoriasis, liquen simple crónico o neurodermatitis. Además el prurito puede ser consecuencia de infecciones (varicela, rubéola...), parasitosis (sarna, larva migrans cutánea...) o picaduras de insectos (mosquitos, pulgas, chinches), exposición solar (quemadura, urticaria) o radioterapia. La *piel seca* (xerosis) es la causa más frecuente de prurito generalizado en ancianos.

Las causas sistémicas más frecuentes de prurito generalizado son: trastornos endocrinos (diabetes, enfermedad tiroidea...), enfermedad renal (prurito urémico) o hepática (colestasis, cirrosis biliar primaria), enfermedades oncológicas (linfoma, leucemia, algunos cánceres...), hematológicas (anemia, policitemia vera), neurológicas (esclerosis múltiple, neuropatías, tumor cerebral, síndromes de irritación o compresión nerviosa), psicógenas (ansiedad, proble-

mas mentales), alcoholismo o reacciones adversas a medicamentos.

Prurito iatrogénico^{3,5,7-10}

Muchos medicamentos pueden producir prurito como efecto adverso directo, con erupciones en la piel (reacciones de hipersensibilidad, erupción fija medicamentosa, fotosensibilidad etc) o sin ellas o indirectamente, como consecuencia de alteraciones hepáticas o renales debidas al medicamento (colestasis yatrógena, uremia). A veces está relacionado con la vía de administración, como el prurito localizado en la zona de aplicación de un parche transdérmico o el que aparece en la administración IV rápida de soluciones concentradas de vancomicina o por administración intratecal de opioides.

Medicamentos que pueden producir prurito:

- Acetilsalicílico
- Alopurinol
- Amiodarona
- Antibacterianos (vancomicina, metronidazol, quinolonas, sulfamidas....)
- Antineoplásicos (doxorubicina, daunorubicina, citarabina, paclitaxel, cisplatino), agentes biológicos (interferón, antagonistas del receptor del factor de crecimiento epidérmico EGFR –erlotinib.....)
- Antiepilépticos (carbamazepina, fenitoína, topiramato...)
- Capsaicina
- Cloroquina y otros antimaláricos.
- Digoxina
- Estatinas
- Hidroxiethylalmidón (expansor del plasma, ingrediente de soluciones de perfusión IV)
- IECA: Pueden causar colestasis. Pueden provocar prurito con o sin lesión cutánea
- Inhibidores de la recaptación de la serotonina
- Opiáceos: Se produce en el 10-50% de los pacientes con administración IV y entre el 20 y el 100% de los que lo reciben por vía epidural o intraespinal. Se supone un mecanismo central directo, además de

una liberación de histamina y serotonina.

- Tuberculostáticos (pirazinamida, rifampicina).

Indicación farmacéutica en prurito. Entrevista al paciente y evaluación¹⁻⁸

Como siempre, para responder a una consulta de indicación farmacéutica de un paciente con prurito que solicita tratamiento, hay que obtener la información suficiente para identificar o descartar señales de alarma que requieren remitir al paciente al médico. Además, considerar la edad y situación clínica del paciente. *Evaluar las características del picor:*

- La intensidad: ¿interrumpe las actividades diarias o el sueño?
- La duración ¿Desde cuándo lo tiene? ¿Lo ha tenido antes?
- Si piel está alterada (ronchas o habones, sarpullido, placas, signos de infección ..), o hay lesiones por rascado.
- ¿Afecta a una zona de la piel o es generalizado? Prurito localizado: anal, vaginal ...
- Cuándo se produce: ¿Es continuo o intermitente?, ¿Varía con las estaciones? En nuestro medio, el prurito de predominio nocturno orienta a sarna: investigar si otros convivientes lo tienen, si hay surcos en los pliegues (interdigitales, submamarios) o en la zona genital.
- ¿Tiene otros síntomas? (erupción cutánea, signos de infección, fiebre, pérdida de peso, ...)
- ¿Otras enfermedades, cutáneas (dermatitis atópica, liquen, urticaria, alergias...) o sistémicas (insuficiencia hepática o renal, diabetes, asma, inmunodepresión, trastornos tiroideos...)?
- ¿Se puede identificar la causa? Alimentos, factores ambientales (agua: prurito acuagénico, sol –eritema solar, urticaria solar-, frío - urticaria a frigore..), contacto con animales, picaduras...
- ¿Está usando medicamentos o tratamientos (radioterapia) que lo pueden producir?
- ¿Con qué mejora o empeora? ¿Qué ha usado para tratarlo? Ej. Si cede con hidratantes o emolientes, la causa más probable es la xerosis.

Criterios de derivación al médico

Está indicado el tratamiento por el farmacéutico en los pacientes con prurito debido a piel seca o prurito localizado de inicio reciente probablemente debido a trastornos tratables con medicamentos sin receta (picaduras, pediculosis, caspa, candidiasis vaginal¹¹, hemorroides..). En el *prurito generalizado* deben remitirse al médico:

- Niños pequeños: Necesitan diagnóstico y los medicamentos sin receta indicados tienen restricciones de uso dependientes de la edad (menores 2-6-12 años, según el fármaco).
- Embarazadas: Hay varias dermatosis (erupción atópica del embarazo, erupción polimórfica del embarazo, herpes gestationis) y alteraciones hepáticas relacionadas con la gestación que causan prurito con o sin lesión cutánea, algunas pueden ser graves y en

general, el picor en el embarazo requiere valoración médica, aunque puedan recomendarse medidas higiénicas para aliviarlo.

- Sospecha de prurito iatrogénico por medicamentos de prescripción.
- Sospecha de sarna: los medicamentos de elección necesitan receta.
- Prurito generalizado sin lesión cutánea primaria no asociado a piel seca: necesita diagnóstico, ya que es probable que se deba a una enfermedad sistémica.
- Pacientes inmunodeprimidos, diabéticos, con insuficiencia hepática o renal, neoplasias...
- *Prurito localizado* no tratable con medicamentos sin receta: anal no debido a hemorroides, vulvar no asociado a candidiasis o sequedad vaginal, capilar no asociado a caspa o piojos
- Manifestaciones generales: dificultad para respirar, malestar, fiebre, signos de infección.
- No mejoría después de 1-2 semanas de tratamiento.
- Dudas sobre la importancia o evolución del trastorno.

Tratamiento. Medidas higiénicas¹²⁻²⁰

Siempre que sea posible, el tratamiento del prurito debe hacerse en función de la causa. La *xerosis* (piel seca) es la causa más frecuente de prurito generalizado. Los ancianos¹⁶⁻¹⁸ son una población especialmente afectada porque su piel produce escasos lípidos superficiales, alterándose la capacidad del estrato córneo para retener agua y reparar la función barrera, todo lo cual conlleva una mayor pérdida transepidérmica de agua. Se produce un intenso picor, a menudo durante el invierno en climas fríos, que afecta a la espalda, flancos, abdomen, cintura y piernas. La piel aparece seca y escamosa, se nota áspera y tirante y puede haber lesiones por rascado. El tratamiento son humectantes y emolientes cutáneos.

En caso de piel seca, es importante elegir un preparado adaptado a la circunstancia personal del usuario. En general, los ungüentos son más eficaces que las cremas o lociones, pero no se absorben bien y su permanencia en la piel se tolera peor. Los ungüentos y cremas también pueden sustituir al jabón si es preciso. Hay que recomendar una aplicación generosa, tan a menudo como sea necesario (se estiman unos 500g a la semana), el emoliente debe aplicarse después de la ducha para mantener la humedad en la piel. También hay preparados emolientes para añadir al agua del baño.

Recomendaciones de higiene:

- Reducir el tiempo en el baño (menos de 20min). Usar agua tibia o fresca (el agua caliente puede ser deshidratante).
- Espaciar los baños: lavar diariamente axilas, área genital y bajo el pecho, pero el resto del cuerpo puede lavarse 2-3 veces a la semana.
- Evitar los baños de burbujas, jabones y productos perfumados. Usar limpiadores suaves, sin alcohol, o usar un emoliente en lugar de jabón.

- Una ducha fresca puede aliviar el prurito a corto plazo pero deben evitarse las duchas excesivas porque pueden deshidratar la piel.
- Si se emplean aceites de baño, colocar una alfombra antideslizante en la bañera para evitar caídas.
- Para el secado, quitar la humedad de la piel empapándola con cuidado, sin frotar.
- Mantener las uñas cortas y limpias, para evitar daños en la piel.
- El rascado puede empeorar el picor y lesionar la piel. Para aliviar el picor, frotar la piel o dar pequeños golpecitos, en vez de rascarse.
- Mantener fresco el interior de la casa, especialmente el dormitorio, y considerar el uso de humidificadores en los meses fríos.
- Evitar irritantes (lana, fibras sintéticas...) en las prendas en contacto con la piel, es preferible el algodón o la seda. Al lavar la ropa, aclarar muy bien y no añadir suavizantes.
- Evitar alimentos especiados, picantes, alcohol y cafeína, que pueden causar vasodilatación y sudoración.
- Mantener una buena hidratación con una ingesta adecuada de líquidos.

Hidratantes cutáneos^{12,19-20}

Los *hidratantes* retrasan la evaporación de la humedad de la piel, mejorando su aspecto y propiedades táctiles. El tratamiento hidratante pretende reparar la función barrera de la piel, retener o incrementar su contenido en agua, reducir la pérdida de humedad transepidérmica, restaurar la capacidad de los lípidos cutáneos para atraer, retener y redistribuir el agua y mantener la integridad y buen aspecto de la piel. Los hidratantes consiguen esto por su acción humectante, emoliente y oclusiva.

Los *humectantes* (glicerina, propilenglicol, sorbitol, ac. hialurónico, urea, lactatos...) atraen agua desde la dermis a la epidermis y con humedad ambiental alta, también ayudan al estrato córneo a obtenerla del exterior. Algunos también tienen propiedades *emolientes*. Urea, alfa-hidroxiácidos, ac. pirrolidincarboxílico etc mejoran la xerosis, se suelen asociar con agentes oclusivos para evitar la posible pérdida de agua transepidérmica que pueden provocar. Los *emolientes* son sobre todo lípidos y aceites, que suavizan la piel, aumentando su flexibilidad y elasticidad. Ceramidas, colesterol y ácidos grasos forman parte del manto graso cutáneo. Muchos aceites vegetales (manteca de karité, aceites de aguacate, argán, almendras dulces, macadamia, etc.) se incluyen en los preparados hidratantes por su contenido en ácidos grasos (oleico, esteárico, linolénico, etc.). El aceite de jojoba es una cera líquida que aporta ceramidas. Los agentes oclusivos (vaselina, lanolina, dimeticona, etc) disminuyen la pérdida de agua transepidérmica creando una capa hidrófoba sobre la piel.

Por otra parte, a algunas sustancias hidratantes como *dexpantenol*, se les atribuyen propiedades an-

tipuríticas y antiinflamatorias.

Polidocanol (Laureth 9). Es un tensioactivo no iónico, con supuesta acción antiprurítica y anestésica local, aunque algunos estudios no han podido comprobar este efecto. Se asocia frecuentemente a urea en preparados hidratantes. Su uso al 3-4% se considera seguro en productos cosméticos tópicos²¹.

Algunos productos vegetales con efecto antiinflamatorio se utilizan para aliviar el prurito, extracto de manzanilla y bisabolol, de regaliz y ac. glicirrético, soluciones coloidales de avena, etc.

Casi todos los preparados comerciales para la xerosis son combinaciones más o menos complejas de emolientes, oclusivos y humectantes. El aspecto "cosmético", esto es, que el preparado sea fácil y agradable de usar, es muy importante para favorecer el cumplimiento terapéutico, ya que los pacientes con prurito debido a xerosis han de aplicarse muy a menudo cantidades abundantes del producto.

Como la piel seca es característica de enfermedades cutáneas como la dermatitis atópica, las gamas de preparados indicados para las pieles atópicas también pueden ser útiles en pacientes con xerosis.

Preparados comerciales: La oferta de preparados para la piel seca es variadísima. La mayoría se comercializan como cosméticos o productos sanitarios. Registrado como medicamento, en el grupo terapéutico D02 Emolientes y protectores, está **Vaselatum** (Stiefel) *solución oleosa* emoliente y antiséptica para añadir al baño, indicada para eczemas, con vaselina líquida, triclosan y cloruro de benzalconio.). Casi todos los grandes laboratorios dermocosméticos tienen gamas de productos específicos para el cuidado y limpieza de las pieles secas o atópicas. Citamos algunos:

Acofarma, línea para pieles secas y atópicas **Acofarm-derm**: crema, loción, gel dermatológico.

Actavis, línea **Decubal** para pieles secas, muy secas y sensibles: Gel antipicor, con pantenol, glicerina y propilenglicol; Aceite corporal con aceite de jojoba, exto. de camomila y vitamina E.

Almirall: **Balneum intensive**, en crema y loción, con 5% urea y ceramida. **Balneum plus** (crema y loción) para el picor, con polidocanol 3%.

Bayer, línea **Bepanthol**: gel de baño sin jabón, loción Ultraprotect, loción intensiva.

BDF Beiersdorf, línea **Eucerin** (Piel Seca, Repair, Atopic, Spray Calmante). **Eucerin Spray calmante**: Con mentol y polidocanol para el picor. Línea **AtopiControl** crema piel seca.

Chefaro, línea **Multidermol** con urea: leche hidratante, gel de baño.

CumLaude, línea **Topylaude Omega**: crema, leche, A-topic bálsamo, gel de baño, aceite de ducha; con aceites vegetales y manteca de karité. Línea **Xeralaude**, para pieles muy secas y descamativas.

Ferrer Healthcare, línea **OTC Atopic Piel**: crema y loción corporal; gel de baño; crema corporal y oleoducha

extreme. Con ácidos grasos esenciales y ceramidas, sin parabenos, colorantes o perfumes.

Galderma: gama **Cetaphil**: loción limpiadora sin jabón, puede usarse sin agua; *pan dermatológico*, syndet sustituto del jabón, sin irritantes; crema y emulsión hidratantes con aceites vegetales, glicerina y vaselina.

Johnson&Johnson, línea **Neutrogena** piel seca: Loción y bálsamo corporales para piel muy seca, con picor e irritada; crema multi-reparadora piel extra seca/irritada, bálsamo corporal para piel seca; loción corporal para piel sensible; Gel ducha piel seca/sensible, con pantenol, sin jabón ni perfume. Línea **Aveeno**: crema hidratante, loción; **Aveeno emulave sensitive**: gel de ducha y baño coloidal de avena.

La Roche-Posay, línea **Lipikar** bálsamo y syndet con niacinamida, manteca de karité y aceites vegetales.

Leti, línea **LetiXer**: **Letixer S** crema piel seca, **Letixer D** crema piel muy seca y descamativa. Línea **AT4** para pieles atópicas, secas y sensibles: crema corporal, leche corporal, spray leche, gel de baño dermograso, baño calmante, champú; **AT4 Intensive** crema muy emoliente, piel muy seca/atópica.

Lutsine, línea **Xeramance** para pieles muy secas y atópicas: **Xeramance Plus** crema, con extractos vegetales calmantes, glicerina, ceramidas, ácidos grasos esenciales y colesterol. Emulsión corporal, sin perfume; loción hidratante protectora para pieles secas/normales; Crema de ducha sin jabón, con 35% de aceites emolientes.

Mustela, línea **Stelatopia**: crema emoliente, aceite de baño, crema lavante, bálsamo intensivo.

Pierre Fabre Grupo, **A-Derma**, línea **Exomega DEFI**, para pieles atópicas/muy secas, con niacinamida, ácidos omega-6 y extracto de avena: Crema y Bálsamo emolientes, sin conservantes, parabenos ni perfume. **Exomega**: Aceite de ducha y baño; gel limpiador; baño tratante (solución no lavante).

Ducray, **Dexeryl** crema piel seca sensible o irritada, sin perfume ni parabenos. Línea **lctyane**: leche y crema ligera hidratantes; limpieza: crema de ducha sin jabón con aceites vegetales y vaselina, **Dermopan** sobregraso piel seca. **lctyane HD** bálsamo anti-irritante, sin perfume; crema emoliente pieles muy secas/irritadas, sin parabenos ni perfume.

Avène línea **TriXera+** crema y bálsamo emoliente con aceites vegetales. Selectiose gel limpiador, sin jabón, perfume ni parabenos. Línea **Xeracalm AD** para pieles muy secas, atópicas o con picor: crema, bálsamo y aceite limpiador. Galènic, línea **Argane** para piel seca/muy seca: crema láctea, bálsamo con aceites vegetales y manteca de karité.

Isdin, línea **Ureadin**: loción piel seca con urea 10%, loción piel seca infantil con urea 3%; gel de baño syndet con urea 5% y ac láctico. Línea **Ureadin Rx** piel muy seca: **Rx plus 10** loción con 10% urea y dexpanthenol 3%; **Rx 20** crema y loción emolientes, con urea 20%; **Rx Rd** loción hidratante para piel irradiada. Línea **Nutratopic** pieles atópicas, sin con-

servantes, perfumes ni colorantes: loción y crema emolientes con ceramidas y ácidos omega-6, laurth-9, niacinamida; gel de baño emoliente sin jabón. **Nutratopic Rx** crema coadyuvante.

Rottapharm: loción **Glaan urea 10**, con 10% de urea.

Théa, líneas para pieles secas/atópicas **Nuvo Dermo**: crema, syndet, óleum (aceite de ducha), emulsión corporal, fluido Confort emulsión o/w con aceites vegetales para pieles secas, atópicas y pruriginosas. **Sintopic**: crema y fluido corporal, con aceites vegetales, polidocanol, ac glicirrético, glicerina, hialurónico, sin perfume ni parabenos.

Uriage, Cold cream piel muy seca, sin perfume ni parabenos. Línea pieles secas y atópicas sin perfume **Xémose**: Cerato (pieles extremadamente secas) y Crema emoliente universal; leche emoliente; aceite dermatológico con ácidos grasos esenciales, sin conservantes; aceite limpiador calmante, syndet gel-crema, sin parabenos.

Medicamentos sin receta para el prurito

Los medicamentos sin receta, en general, están indicados para el alivio local, temporal y sintomático del picor de la piel debido a pequeñas irritaciones, alergia por contacto, picaduras de insectos, etc.

Antihistamínicos orales: Los antihistamínicos orales de 1ª generación o sedantes pueden mejorar el prurito por picaduras o urticaria, cuyo mediador es la histamina. En este caso el efecto sedante puede ser útil, aunque el único medicamento sin receta de este grupo con esta indicación expresa es **Tavegil (clemastina)**. Los antihistamínicos de 2ª generación o no sedantes (*cetirizina*, *loratadina*), también podrían usarse, especialmente la cetirizina, más sedante, aunque actualmente los medicamentos sin receta que los contienen no están indicados específicamente para prurito²².

Antihistamínicos tópicos: Tienen un efecto limitado porque no se absorben bien a través de la piel (es preferible la vía oral). Su uso se asocia con riesgo de dermatitis de contacto y sensibilización alérgica, por ello se recomienda no aplicarlos en áreas extensas de la piel, o sobre piel dañada o con heridas e interrumpir la aplicación si aparece erupción o sarpullido.

Hay varios medicamentos sin receta con antihistamínicos tópicos indicados en prurito, picaduras de insectos etc: *tripelenamina* (**Azaron**), *prometazina* (**Fenergan**), *dimetindeno* (**Fenistil gel y roll-on**), *difenhidramina* (**Neosayomol**), *dexclorfeniramina* (**Polaramine tópico**).

Anestésicos locales: El efecto anestésico alivia el prurito momentáneamente y su eficacia es marginal. Algunos antihistamínicos como la *prometazina* (derivado fenotiazínico) tienen propiedades anestésicas locales. La *pramocaina* (**Denutraxan**, ISDIN) tiene un efecto antiprurítico documentado que puede reducir el picor inducido por histamina¹⁴. Denutraxan está autorizado para el prurito por picaduras de insectos,

quemaduras leves y prurito anal.

Con *lidocaína* sin receta sólo están el antihemorroidal **Titanorein** (Johnson&Johnson) y **Dermovagisil** (Combe), indicado para “picor leve de la zona vaginal externa, como el debido a ropa interior, jabones o desodorantes”, en mayores de 12 años. En general, el picor vaginal fuera del contexto de una candidiasis o sequedad vaginal, requiere diagnóstico.

Corticoides tópicos de baja potencia: Su efecto antiinflamatorio puede mejorar el prurito. Indicados para alivio temporal del picor por irritaciones leves, alergia de contacto, picaduras de insectos, ortigas y para prurito anal externo asociado a hemorroides (cremas): **Calmix** (Esteve) crema y espuma (*hidrocortisona* 0,5%), **Hidrocisdin** (Isdin) crema y espuma, (*hidrocortisona* 2%).

Corticoides + anestésicos tópicos: **Detramax** (*hidrocortisona* + *propanocaína*). Indicado en prurito localizado (anal, vulvar) o de diverso origen (hepatopatías, diabetes, dermatosis pruriginosas diversas, alergia cutánea, eritema solar, picaduras de insectos). Antihemorroidales con *lidocaína*: **Anso** (+*triamcinolona*), **Doloproct** (+*fluocortolona*), **Synalar rectal** (+*fluocinolona*).

Otros tópicos: *Amoniaco*, modifica el pH cutáneo y se usa para el alivio local del prurito debido a picaduras de insectos y ortigas. Medicamentos sin receta: **Calmapica** emulsión con amoníaco 3,25% (Pérez Giménez); **Goipic** (Cinfa) y **Tras Pic** (Esteve), soluciones con amoníaco 3,5%.

Alcanfor, mentol: producen una sensación de frescor que puede aliviar el prurito. **Vaselina mentolada Orravan** (mentol 2%). Comercializados como cosméticos o productos sanitarios: **Sartol** loción con alcanfor y mentol (GSK), **CalmaBite roll-on** (Isdin), con mentol y polidocanol para picaduras, urticaria.

Breas y derivados: Tradicionalmente empleados para el prurito en dermatitis seborreica y psoriasis. Su efecto irritante, fotosensibilizante y posible carcinógeno limita su uso general. Medicamentos: champús **Piroxgel** (Barcino), **Tar Med** (GSK).

Calamina: Con efecto astringente (precaución en piel seca) y protector cutáneo. Como cosméticos o productos sanitarios con calamina para picor: **Talquistina** (Lacer) crema con talco y emolientes. **Pruriced** (Uriage): crema pieles secas con ácidos grasos esenciales; gel no graso.

Crotamitón: acaricida y antipruriginoso. No hay actualmente medicamentos con crotamitón (en su día Euraxil) pero figura en preparados para descamación del cuero cabelludo y del cuerpo (Ducray **Kertyol PSO** crema).

Efectos adversos

Antihistamínicos

- Orales: Los antihistamínicos clásicos producen somnolencia y efectos adversos anticolinérgicos especialmente en niños y ancianos. Cetirizina y loratadina también, pero en menor grado. Pueden

aparecer retención urinaria, aumento de la presión intraocular, visión borrosa, alteraciones gastrointestinales, sequedad de boca, trastornos neurológicos (somnolencia, cefalea, excitación paradójica).

- Tópicos: Fotosensibilidad, hipersensibilidad.

Anestésicos locales: Fotosensibilidad, hipersensibilidad.

Corticoides: Atrofia cutánea, estrías, sequedad y erupciones en uso a largo plazo.

Amoniaco, alcanfor, mentol: Hipersensibilidad, irritación, dermatitis.

Interacciones

Antihistamínicos orales: Efectos aditivos con alcohol y otros depresores del SNC. Suma de efectos adversos con fármacos anticolinérgicos.

Contraindicaciones y precauciones

Todos: Hipersensibilidad a los componentes del medicamento. Preparados tópicos: Piel dañada, con heridas o infección. No exponer al sol la zona tratada.

Anestésicos locales: Contraindicado en menores de 2-12 años, según el medicamento.

Antihistamínicos orales: retención urinaria, hipertrofia prostática, glaucoma de ángulo estrecho. Niños menores de 6 años. Precaución si hay que conducir o manejar maquinaria peligrosa. Pueden enmascarar los resultados de pruebas dérmicas de hipersensibilidad. El uso de antihistamínicos en *embarazo* es discutido y en general, tienen categoría B o C de la FDA. La ficha técnica de loratadina (categoría B) advierte que no está establecida la seguridad en el embarazo y por tanto no la recomienda. Varios antihistamínicos se excretan en leche y los clásicos pueden reducir la secreción láctea. Cetirizina y loratadina se consideran compatibles con la *lactancia*, aunque las fichas técnicas señalan la excreción en leche y no recomiendan su uso (loratadina).

Antihistamínicos tópicos: Eczemas húmedos y dermatosis infectadas.

Hidrocortisona: Menores de 12 años. Es muy importante no indicarla si hay sospecha de infecciones o infestación (sarna) ya que puede empeorar el trastorno o enmascararlo modificando los síntomas y dificultando el diagnóstico. No cubrir la zona de aplicación con vendajes o apósitos. No aplicar más de 1 semana o en áreas extensas de la piel. Niños y ancianos son más susceptibles a los efectos adversos porque su absorción cutánea es mayor.

Amoniaco, alcanfor, mentol: Menores de 2 años.

Calamina: Precaución si hay lesiones: los restos blanquecinos que deja pueden enmascararlas.

Recomendaciones generales y seguimiento

- Evitar en lo posible el rascado: puede lesionar la piel y empeorar y cronificar el picor.
- Mantener la piel en buen estado, con ingesta suficiente de líquidos, aplicación de hidratantes e higiene adecuada.
- Muchos medicamentos pueden causar prurito, directa o indirectamente. En caso de sospecha, reco-

mendar consulta médica.

- Si el picor persiste durante más de 7-14 días, se agrava o aparecen síntomas nuevos, interrumpir el tratamiento y consultar al médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reamy BV, Bunt CW, Fletcher S. A Diagnostic approach to pruritus. *Am Fam Physician*. 2011;84(2):195-202. En: <http://www.aafp.org/afp/2011/0715/p195.pdf> . Acceso 2-6-2014
2. Fonseca Capdevila E. Prurito. http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/prurito_0.pdf .
3. Itch (widespread). <http://cks.nice.org.uk/itch-widespread#!scenariorecommendation> . Acceso 7-III-2014
4. Garcia-Albea V, Limaye K. The clinical conundrum of pruritus. *J Dermatol Nurses' Assoc*. 2012;4(2): 97-105. En: <http://www.nursing-center.com/Inc/cearticle?tid=1329659>. Acceso 3-4-2014
5. Pruritus (without a rash). Primary Care Dermatologic Society (PCDS). En: <http://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/pruritus-without-a-rash>. Acceso 30-V-2014.
6. Soto JA, Brito MJ, Guevara E. Prurito de origen sistémico. *Dermatol Rev Mex*. 2012; 56(4): 246-57. En: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/Dermatologia/2012/Julio-Agosto/Derma%204.7%20Prurito.pdf> . Acceso 2-6-2014
7. Itching, En: <http://www.patient.co.uk/doctor/itching-pro>. Acceso 2-6-2014.
8. Cassano N, Tessari G, Vena GA, Girolomoni G. Chronic pruritus in the absence of specific skin disease: An update on pathophysiology, diagnosis, and therapy. *Am J Clin Dermatol*. 2010;11(6):399-411. En: http://www.medscape.com/viewarticle/729938_6. Acceso 3-4-2014
9. Reich A, Ständer S, Szepietowski JC. Drug-induced pruritus: A review. *Acta Derm Venereol* 2009; 89: 236-244. En: <http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-0650-&html=1>. Acceso 3-4-2014
10. Clinard V, Smith JD. Drug-induced skin disorders. *US Pharm*. 2012;37(4):HS11-HS18. En: <http://www.uspharmacist.com/content/d/feature/i/1860/c/33698>. Acceso 3-4-2014
11. Zardain E. Candidiasis vaginal: Indicación farmacéutica. *Farmas (Oviedo)*: 2013; 22(3): 1-4. Acceso 3-4-2014
12. Macaya Pascual A. Guía de tratamientos dermatológicos. En: http://www.policlinicalacibis.es/archivos/manual_dermatologia.pdf . Acceso 3-4-2014
13. Vender R. The management of itchy skin. En: http://www.skinpharmacies.ca/2_1.html .
14. Haber RM. How to manage a common dermatologic complaint – pruritus. *DUE Quaterly*. Oct 2010. En: https://www.albertadoctors.org/Publications%20-%20DUE%20Q/pub_due_oct10_pub.pdf. Acceso 3-III-2014.
15. Lovell P, Vender RB. Management and treatment of pruritus. *Skin Ther Letter* 2007;12(1):1-5. En: <http://www.skintherapyletter.com/2007/12.1/1.html> . Acceso 3-4-2014
16. Pruritus in the elderly. En: http://www.nxtbook.com/nxtbooks/medimedia/pt_201204/index.php?startid=227#/34 . Acceso 3-4-2014
17. Pray WS, Pray GE. Causes and treatment of dry skin. *US Pharm*. 2012;37(4):9-15. En: http://www.uspharmacist.com/content/d/consult_your_pharmacist/c/33676/ . Acceso 3-4-2014
18. Kottner J, Lichterfeld A, Blume-Peytavi U. Maintaining skin integrity in the aged. *Br J Dermatol*. 2013;169(3):528-542.
19. Kraft JN, Lynde CW. Moisturizers: What they are and a practical approach to product selection. *Skin Therapy Letter*. 2005;10(5):1-8. En: www.medscape.com/viewarticle/505759 . Acceso 2-6-2014
20. Terrie IC. Itchy, scratchy skin: preventing and managing xerosis. En: <http://www.pharmacytimes.com/publications/issue/2013/June2013/Itchy-Scratchy-Skin-Preventing-and-Managing-Xerosis> . Acceso 3-4-2014
21. Opinion on polidocanol, Addendum to the SCCP opinion on polidocanol (SCCP/1130/07). En: http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/consumer_safety/docs/sccs_o_076.pdf . Acceso 3-4-2014
22. Zardain E. Rinitis alérgica. *Farmas (Oviedo)* 2010; 19(2):1-6