

EL PRURITO. ENFOQUE TERAPÉUTICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Rubén José Larrondo Muguercia,¹ Aymée Rosa González Angulo,² Luis Manuel Hernández García³ y Rubén P. Larrondo Lamadrid⁴

RESUMEN: *Se analizan y exponen las medidas terapéuticas para el control del síntoma prurito en la atención primaria, haciéndose énfasis en las medidas generales para la aplicación tópica y en el correcto uso de los antihistamínicos de los distintos grupos. Se señalan las patologías tributarias de tratamiento y control en la atención primaria de salud, y las que necesitan interconsulta con los diversos especialistas.*

Descriptores DeCS: **PRURITO/quimioterapia; DERMATOPATIAS; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; MEDICOS DE FAMILIA.**

El prurito es una manifestación subjetiva y desagradable por la cual consultan frecuentemente los pacientes en la atención primaria de salud, debido a la frecuencia con que se presentan las afecciones cutáneas pruriginosas, y a los múltiples trastornos sistémicos que cursan con este síntoma.¹⁻⁴

Después de un examen físico minucioso y de una anamnesis exhaustiva, el médico de asistencia primaria estará en condiciones de crear 2 grandes grupos de casos, por un lado los que consultan por prurito y tienen evidencias clínicas de enfermedad cutánea definida, y por otro, los que presentan el síntoma sin las evidencias señaladas.^{2,5-7}

Con el caso definido de esta forma, se podrá concluir y tratar a un grupo considerable de pacientes a nivel primario de atención médica, así como conducir mucho mejor al grupo que necesite de la interconsulta con otras especializaciones médicas.

Desarrollo

El prurito es un síntoma, en ocasiones muy agobiante para los pacientes, por lo que se deben conocer las medidas terapéuticas para su alivio y control; sin embargo, la base del tratamiento del prurito está

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Dermatología. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo".

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Logopedia y Foniatría. Policlínico Docente Plaza de la Revolución.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente Puentes Grandes.

⁴ Especialista de II Grado en Dermatología. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán".

constituida por la búsqueda de la causa y la eliminación o el control de la misma.^{2,5-7} No obstante, existen medidas generales que tienden al alivio del síntoma que deben ser del manejo diario del Médico de la Familia y que son aplicables a todos los casos.

MEDIDAS TÓPICAS

Lo primero que se debe hacer es orientar a los pacientes sobre la necesidad de que recorten las uñas de las manos, pues, estas lesionan la piel pruriginosa, provocan excoriaciones y facilitan la infección secundaria.⁸

Debe evitarse el uso de irritantes para la piel como los antisépticos, los desinfectantes, el alcohol y los derivados del petróleo. Debe aconsejarse que los jabones sólo se usarán para el aseo y nunca deben frotarse sobre las zonas lesionadas.^{5,6}

Se podrán indicar compresas frías en las áreas con prurito, sólo con agua hervida fría, pues, no solo disminuye la sensación de prurito, sino que reduce los procesos inflamatorios acompañantes.^{5,6}

Los principios activos antipruriginosos son: el fenol (usado al 0,5 % y nunca en niños), el mentol (usado al 0,25 %) y el alcanfor (usado al 0,5 %); estos se usan en diferentes formulaciones magistrales, como por ejemplo:⁹

R/
 Fenol 1 g
 Talco 10 g
 Óxido de zinc 10 g
 Glicerina 10mL
 Agua destilada 200mL
 Rot/ Loción de zinc acuosa.

R/
 Mentol 0,30 g
 Fenol 0,60 g

Talco 15 g
 Óxido de zinc 15 g
 Glicerina 15 mL
 Alcohol 90° 150 mL
 Agua destilada 200 mL
 Rot/ Loción de zinc mentofenolada.

R/
 Ácido acético diluido 1 g
 Glicerina 30 mL
 Alcohol alcanforado 100 mL
 Agua de laurel cerezo 200 mL
 Rot/ Loción antipruriginosa.

R/
 Mentol 0,30 g
 Fenol 0,60 g
 Vaselina blanca 60 g
 Rot/ Crema mentofenolada.

Nota: Estas preparaciones se utilizarán tópicamente 2 ó 3 veces por día en las zonas pruriginosas de la piel.

Existen preparaciones tópicas que contienen antihistamínicos y anestésicos; sin embargo, su valor real en el control del prurito es discutido y provocan sensibilizaciones importantes, por lo que su uso no es recomendado. Bajo ningún concepto se utilizará el fenol en preparaciones tópicas indicadas a niños por su toxicidad sistémica.^{5,6,9}

MEDIDAS SISTÉMICAS

El reposo y la disminución de la actividad física tienden a disminuir la intensidad del prurito, por lo que deberá recomendarse un reposo relativo a los pacientes que consulten con el síntoma. Se aconsejará además, un ambiente fresco, así como la evitación de sustancias como el alcohol, el café y las comidas muy picantes.

ANTIISTAMÍNICOS

Los antihistamínicos son las drogas de primera línea en el tratamiento del prurito, sobre todo porque se oponen a la acción de la histamina, siendo específicos en los procesos pruriginosos histaminomediados. En el resto de los padecimientos, parece ser que atenúan el prurito, principalmente por su efecto sedante.^{10,11} Pueden clasificarse de la siguiente forma:^{2,12}

Antagonistas de los receptores H-1.
(Sedantes)

Etanolaminas: Difenhidramina, clemastina.

Piperidinas: Ciproheptadina, azatadina.
Alquilaminas: Clorfeniramina, dexclorfeniramina.

Etilenodiaminas: Tripelenamina, pirlamina.
Piperacinas: Hidroxizina, meclizina.

(No sedantes)
Astemizol, loratadina y cetirizina.

Otros antagonistas H-1.
Doxepina.

Antagonistas de los receptores H-2.
Cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina.

Sin dudas, los más utilizados como tratamiento *standard* para el prurito son los antihistamínicos H-1, y dentro de ellos los de uso más común son los siguientes: difenhidramina (comprimidos de 25 mg para uso oral y ampollitas de 20 mg para vía parenteral), dexclorfeniramina (comprimidos de 2 mg para uso oral y ampollitas de 5 mg para uso parenteral) y ciproheptadina (comprimidos de 4 mg para uso oral, todos con efectos sedantes). Dentro de los no sedantes contamos con astemizol (com-

primidos de 10 mg para uso oral) y cetirizina (comprimidos de 10 mg para uso oral).^{2,10-12}

Los de efecto sedante se prescribirán a razón de 2 ó 3 veces por día según la intensidad del síntoma y las características particulares de cada paciente. Siempre se comenzará con una droga de un grupo; si esta no surte efecto podrá combinarse con otro antihistamínico, pero siempre de otro grupo; si no se van a combinar y se desea cambiar a otro antihistamínico, siempre será de otro grupo, nunca del mismo. Por ejemplo, se comenzará con la indicación de difenhidramina, la cual, si no ofrece los efectos deseados en el paciente podrá combinarse o sustituirse por dexclorfeniramina, o sea, se comenzó con una etanolamina y se sustituyó o combinó con una alquilamina. Hay que tener cuidado en ancianos y en niños pues pueden tener efecto paradójico, e incluso que la sobredosificación favorezca la ocurrencia de accidentes.^{2,10-13}

Los de efecto no sedante se prescribirán cuando las actividades del individuo impidan la sedación, y en aquellos fenómenos alérgicos definidos en que tienen un efecto muy beneficioso, máxime cuando la dosis habitual es de un comprimido cada 24 horas.^{12,13} Los antagonistas de los receptores H-2, se reservan para combinarlos con los H-1 sobre todo en pacientes con urticaria crónica y dermatitis atópica.^{2,5,6}

Todas estas medidas deben ser indicadas en la atención primaria, con ellas se aliviará el síntoma mientras se realizan las investigaciones y coordinaciones necesarias para encontrar y eliminar la causa del fenómeno.

Dentro del grupo de pacientes con prurito y evidencias objetivas de enfermedad dermatológica, serán tributarios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento en el área de salud a aquellos casos con: foliculitis, varicelas, herpes simple, tiñas, candidiasis, pitiriasis versicolor, sarna, pediculosis,

picaduras de insectos, urticaria aguda, miliaria o salpullido y dermatitis por contacto.^{1,4-6,8,9} Los otros procesos serán interconsultados con el dermatólogo y el médico de asistencia primaria deberá supervisar el cumplimiento de las medidas indicadas.

En el caso de los pacientes con prurito sin evidencias objetivas de enfermedad dermatológica, se procederá a la interconsulta con el especialista correspondiente para determinar la causa del fenómeno.

Se tomarán las medidas necesarias para el control de los procesos internos que estén ocasionando prurito. El Médico de Familia deberá conocer que podrá usarse la colestiramina (un hipocolesterolémico con propiedades de resinas de intercambio iónico) en el manejo del prurito relacionado con enfermedad hepática y renal, que algunos pacientes podrán ser sometidos a paratiroidectomía, que podrá estar indica-

da la hemodiálisis en los pacientes con insuficiencia renal crónica, e incluso en algunos casos podrán utilizarse las radiaciones ultravioletas de onda media y onda larga (UVA o UVB).^{2,7,10,11,14,15}

Comentario final

Como se ha señalado, el prurito es un síntoma que obedece a múltiples causas, constituyendo un motivo de consulta frecuente en la atención primaria de salud. Con las medidas generales, tanto tópicos como sistémicas aconsejadas, los Médicos de Familia podrán contar con una metodología adecuada para el control de este síntoma en sus labores diarias, las cuales, sin duda, aliviarán mucho a sus pacientes, y los pondrán en mejores condiciones mientras se determina la causa y se toman las medidas específicas.

SUMMARY: *The therapeutic measures to control pruritus at the primary health care level are analyzed. Emphasis is made on the general measures to be taken for the topical application and on the correct use of antihistamines in the different groups. The pathologies that may be treated and controlled at the primary health care level, as well as those needing interconsultation with diverse specialists are stressed.*

Subject headings: **PRURITUS/drug therapy; SKIN DISEASES; PRIMARY HEALTH CARE; PHYSICIANS, FAMILY.**

Referencias bibliográficas

1. Larrondo RJ, González AR, González FE, Larrondo RP. Estudio de la morbilidad por enfermedades de la piel en un consultorio del médico de la familia en dos años de trabajo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(2):139-42.
2. Bennett C, Plum F. Cecil. Tratado de medicina interna. 20a ed. Tomo III. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1998;2527-68.
3. Larrondo RJ, González A, Hernández L, Larrondo RP. Técnicas para la exploración de los signos patognomónicos de las enfermedades de la piel. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994;10(4):388-92.
4. Larrondo RJ, Hernández LM, González AR, Larrondo RP. Lesiones en los genitales externos, enfoque diagnóstico y conducta que debe seguir el médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(1):5-14.
5. Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 2 ed. México, DF: Mc Graw-Hill, Interamericana, 1996;1-9.
6. Falabella R, Escobar C, Giraldo N. Dermatología. 5 ed. Medellín: Carvajal, 1997;195-201.

7. Kam PC, Tam-KH. Pruritus-itching for a cause and relief? *Anaesthesia* 1996; 51(12): 1133-8.
8. Larrondo RJ, Larrondo RP, González AR, Hernández LM. Consideraciones sobre el control de la escabiosis en la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14(3): 263-9.
9. Larrondo RJ, Larrondo RP, González AR, Hernández LM. Formulario dermatológico básico para el médico de la familia. *Rev Cuban Med Gen Integr* 1997;13(5):422-8.
10. Schubert-Sollberg E, Sollberg S. Pruritus. Causes and treatment possibilities. *Med Monatsschr Pharm* 1998;21(8):230-5.
11. Bueller HA, Bernhard JD. Review of pruritus therapy. *Dermatol Nurs* 1998;10(2):101-7.
12. Reider N, Zloczower M, Fritsch P, Kofler H. Antihistaminics. II. *Hautarzt*. 1998; 49(9): 734-42.
13. Henz BM; Metzenauer P, O' Keefe E, Zuberbier T. Differential effects of new-generation H1-receptor antagonists in pruritic dermatoses. *Allergy* 1998;53(2):180-3.
14. Szepietowski JC, Schwartz RA. Uremic pruritus. *Int J Dermatol* 1998;37(4):247-53.
15. Wolfhagen FH, Engelkens HJ, Buuren-HR van. The pathophysiology and treatment of cholestatic pruritus. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142(13):688-92.

Recibido: 28 de Abril del 2000. Aprobado: 21 de Junio del 2000.

Dr. *Rubén José Larrondo Muguercia*. Calzada # 603 e/ B y C, apto. C, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.