

El prurito y sus efectos sobre la piel

Autoras:

M.º José Ledo García, Mónica García Mañero, Nuria Serrano Jaime.
Enfermeras CAP, Creu de Barberà. Sabadell, Barcelona • e-mail: mjledo1@hotmail.com

Resumen

El prurito es una sensación desagradable y molesta en la piel muy frecuente que produce un deseo imperioso de rascarse, ocasiona malestar y a veces lesiones por rascado. Es un síntoma que además de causar molestias, puede ser altamente incapacitante y pone en peligro la integridad de la piel como barrera de protección. Generalmente no se saben los factores que causan estos molestos brotes y su estudio ha recibido muy poca atención. El irresistible deseo de rascarse, se asocia con enfermedades de la piel pudiendo aparecer a cualquier hora del día y desencadenándose de cualquier forma. Induce al rascado pudiendo aparecer lesiones en la piel en forma de arañazos que pueden agravarse hasta ocasionar heridas profundas, infecciones incluso úlceras crónicas. El prurito puede ser considerado como una forma leve de dolor. En las heridas, una vez iniciada la cicatrización, el dolor se transforma en prurito.

Palabras clave: picor, escozor, piel

Summary

The itching is an unpleasant and uncomfortable sensation in the skin and very often produces an imperious desire to scratch, causing discomfort and sometimes injury by scratching. It is a symptom that also can be extremely disabling and dangers the integrity of the skin as a protective barrier. The factors which cause these outbreaks are quite unknown and these been received little attention in their study. The irresistible urge to scratch is associated with skin diseases that it may appear at any hour of the day and developing itself in any way. It leads to scratching and lesions can appear in the skin, in the form of scratches and abrasions that may be aggravated to cause deep wounds, infections including chronic ulcers. The itching can be considered as a light way of pain. In wounds, once it's starting the cicatrization, the pain becomes in itching

Keywords: stinging, itching, skin

Introducción

El prurito es un síntoma predominante en las consultas tanto de medicina como de enfermería, siendo una de las percepciones más comunes que existen, todas las personas han experimentado prurito alguna vez a lo largo de su vida. Es una sensación exclusivamente cutánea que puede aparecer ante diferentes estímulos tanto a nivel central como periféricos y que lleva a una respuesta mecánica de rascado. Suele ser intermitente, aunque en algunos casos podría llegar a ser continuo y puede aparecer en cualquier momento del día. Picor y rascado están íntimamente relacionados. Cuando se calma el picor mediante el rascado, se produce una sensación placentera inicial, que cede a los pocos minutos para reaparecer de nuevo, sin embargo, el rascado aumenta de nuevo el prurito, creándose un círculo vicioso picor-rascado-picor. Si este ciclo no cede, además de causar molestias, origina inevitablemente un daño en la piel.

La intensidad con que se percibe esta sensación es muy variable de una persona a otra. Si el picor llega a ser intenso o muy prolongado, puede llegar a ser incapacitante y producir serias alteraciones como: insomnio, trastornos del carácter, angustia inapetencia, etc. En esta percepción, influye mucho el cansancio, el reposo nocturno o el estrés físico o mental, el enfermo, puede adoptar actitudes muy diferentes, oscilando desde el estoicismo hasta la desesperación por lo tanto, es importante diferenciar su etiología.

En la mayoría de los casos, suele aparecer debido a enfermedades cutáneas que lo justifican y generalmente está asociado a ellas (alergias, picadura de insectos, vesículas, eczemas, erupciones etc.). Sin embargo, otras veces, la piel está intacta o, simplemente, presenta las lesiones producidas por un rascado intenso, en cuyo caso, hay que buscar la causa en otras posibles patologías.

El tiempo de evolución es importante para clasificar el prurito en agudo ó crónico.

El agudo se refiere al que dura desde unos segundos hasta 4-6 días como máximo, su causa es conocida y generalmente se debe a una picadura, una lesión de eccema ó una reacción alérgica; en cambio el crónico, puede durar desde semanas a varios meses.

Muchas teorías lo asocian a una forma leve de dolor ya que en zonas cutáneas de hipoalgesia, un estímulo doloroso puede provocar hormigueo ó picor. Los nervios y neurorreceptores desempeñan un papel importante en la inducción del picor.^{1,2,3}

Etiología y fisiopatología

Un 90% de pacientes que padecen picor, tienen enfermedades cutáneas que lo justifican; pero el 10% restante, va acompañado de otros procesos patológicos y suele ser diferente en cuanto: a su forma de inicio, al aumento progresivo del mismo a la intensidad y a la afectación de la piel. Son muchos los factores físicos que pueden provocarlo, el calor, el roce, la sequedad de la piel, el envejecimiento el contacto con el agua, por contacto con tejidos, cuando hay aumento de la temperatura, etc. y también pueden causar prurito factores psíquicos y alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad; pero también con los trastornos metabólicos. Un porcentaje elevados de este tipo primario de prurito son los enfermos renales en tratamiento de hemodiálisis que padecen un picor generalizado en un 70-90% de los casos. Otra patología frecuente sería la colestasis; en el sida la incidencia es de un 60-80%: en hipertiroidismo un 60%. Y un 30-34% en enfermedades malignas. En la enfermedad de Hodgkin, un 20-30% Y en personas que reciben quimioterapia o irradiaciones, es frecuente la aparición de prurito por estar expuestos a fármacos tóxicos y otros agentes que modifican la integridad de la piel.⁴

Con respecto a las causas dermatológicas la prevalencia es: En prurigo nodular 100%, psoriasis un 80%, varicela 90%, sarna 100%, urticaria 20-30%, neurodermitis 100%.⁵

Mecanismo del prurito

Tanto el dolor como el prurito comparten algunos mecanismos neurofisiológicos; son el resultado de la activación ó excitación de las terminales nerviosas en la epidermis de toda la red nerviosa, que se transmiten por vía espinal hacia el sistema nervioso central. Actúan de forma indirecta al liberar mediadores, y su consecuencia es una estimulación interna o externa de origen químico, mecánico, eléctrico o térmico, los mediadores ó sustancias causantes son: la histamina, serotonina, los péptidos vasoactivos, las encefalinas, las takininas y las prostaglandinas, o también por la presencia de algunas sustancias de la piel.^{6,7}

Se cree que algunos factores no anatómicos (como el estrés o la presencia de otras sensaciones) determinan la presencia de picores en diferentes regiones del cuerpo (**foto 1**). La sensación del picor es transmitida por los mismos nervios por los que viajan los estímulos

dolorosos, desde los terminales nerviosos de la piel, a la médula espinal,.



Foto 1. Úlceras crónicas y heridas por rascado en paciente con Insuficiencia renal crónica.

A la percepción del picor le sigue la respuesta motora del rascado, respuesta que es modulada por el centro córtico-talámico, que es un reflejo espinal. Después del rascado, se consigue un alivio que puede durar entre 15 y 25 minutos, pasado este tiempo puede aumentar la sensación de picor. Aunque se desconoce el mecanismo por el cual el rascado alivia el prurito, se cree que el primero genera unos impulsos sensoriales que rompen los circuitos en las áreas de la médula espinal.

La histamina:

Proviene del aminoácido histidina, es una amina hidrofílica. Una vez formada la histamina se almacena o se inactiva rápidamente. Otra de sus funciones en el SNC es regular el ritmo biológico del sueño (es la causa de que los antihistamínicos provoquen sueño). La mayor parte de histamina en el cuerpo se encuentra en gránulos de mastocitos o en los basófilos.

Una vez formado en el mastocito el complejo antígeno-anticuerpo, se produce la liberación de histamina mediante una serie de eventos provocando prurito, vasodilatación, hipotensión, rubor, dolor de cabeza, taquicardia, broncoconstricción, aumento de la permeabilidad vascular, y potenciación del dolor. Cuanta más liberación de histamina mas picor desencadenará.⁸

En la clínica la histamina no se libera sola, sino que lo hace con otros mediadores almacenados y producidos luego de la activación de mastocitos, como serían la triptasa, las interleuquinas 4, 5, 6 y 8, prostaglandina D2 y factor activador de plaquetas. La histamina puede ser inhibida por bloqueadores de los receptores anti H1, anti H2 y H4, lo que indica que los mastocitos son

la unidad celular funcional culpable de la mayoría de los pruritos. Sin embargo, dada la existencia de otros mediadores como prostaglandinas, bradiquininas, serotonina e interleuquinas, entre otros, se explica la razón por la cual las drogas antihistamínicas no son útiles en una gran cantidad de pruritos, sobre todo en la mayoría de las dermatosis y enfermedades sistémicas, pero si son muy eficaces en las reacciones alérgicas ó picaduras de insectos^{5,9}.

Los antihistamínicos:

No son medicamentos antipruriginosos, salvo que el prurito este inducido por la histamina, es aconsejable administrar en tratamientos cortos de 5 a 7 días en casos leves y 7 días ó más en casos severos y generalmente asociado a corticoides. Se debe evitar tratamientos de más de 3 meses, y no es aconsejable su aplicación tópica porque produce fotosensibilidad.¹⁰

Clasificación

Twycross y col en 2005 propusieron una clasificación del prurito de acuerdo con su origen:

- Pruritoceptivo
- Neuropático
- Neurogénico
- Psicogénico:

Sin embargo, esta clasificación no se puede utilizar desde el punto de vista clínico debido a que algunos pruritos, pueden pertenecer a varias categorías⁷.

Hemos intentado clasificarlo en diferentes grupos basada en los síntomas clínicos del paciente y entre prurito con o sin lesiones primarias o secundarias de la piel, y según las condiciones de la historia clínica del paciente:

Según su localización: puede ser local ó generalizado.

Según la intensidad: severo ó moderado

Según la duración: agudo ó crónico.

Según su origen pueden ser:

Prurito senil: Uno de los más comunes y rebeldes, puede constituir un serio problema. Las personas mayores son unos de los colectivos que experimentan más frecuentemente brotes de picores generalizados y aunque no se sepa con exactitud la causa, si es cierto que influyen en él, múltiples factores desencadenantes como la sequedad de la piel, la vasoconstricción periférica, absorción deficiente de vitamina A, alteraciones endocrinas y vasculares degenerativas, los cambios en el sistema inmunológico y condicionantes como un ambiente caluroso y seco ó el simple contacto con el agua¹.

Prurito asociado a patologías: Algunas patologías pueden producir prurito al introducir en la circulación sustancias tóxicas como ocurre en: la insuficiencia renal (**fotos 2 y 3**), enfermedades hepáticas y biliares, tiroideas, diabetes, desórdenes hematológicos policitemia y deficiencia en hierro, insuficiencia venosa crónica, sida, y sarcoma de Kaposi asociado a sida.¹¹



Foto 2. Lesiones en miembros inferiores en dos pacientes con diabetes mellitus.



Foto 3. Picadura de insecto.

Asociado a enfermedades malignas: principalmente hemáticas, en la enfermedad de Hodgkin los pacientes presentan síntomas de ardor e intensos picores sobre todo en las piernas. Otros linfomas y leucemias se asocian a prurito más o menos intenso pero más generalizado. Los adenocarcinomas y los carcinomas de células escamosas de varios órganos, producen un prurito generalizado que es más pronunciado en las piernas, tronco superior y extremidades superiores. Este prurito desaparece con la erradicación del tumor y reaparece cuando hay una recaída.¹²

Producido por fármacos: Numerosos fármacos tienen como reacción adversa el prurito, son los derivados

opiáceos (morfina, cocaína), la tolbutamina, las hormonas anabólicas, los estrógenos, la testosterona, y vitaminas del complejo B. AINE, amiodarona, hidroclorotiazida, estrógenos, simvastatina, alopurinol, inhibidores de renina angiotensina.¹³

Por alergias de cualquier etiología: Alimentaria, plantas y vegetales (fotos 4 y 6).



Foto 4. Lesiones por rascado en forma de peine con trayectoria de los dedos.

Enfermedades cutáneas: Son las principales causas del prurito. Es habitual que sea el signo acompañante de muchas enfermedades de la piel, como la psoriasis, la dermatitis atópica, la sarna y la urticaria cándidas, micosis fungoide, liquen, eczemas, picaduras de mosquitos y garrapatas, etc. puede ser generalizado o localizado. La sequedad de piel empeora este tipo de lesiones.^{5,8,14}

Heridas y úlceras: Es muy frecuente en pacientes con úlceras, tanto durante el proceso de curación ó cuando ya están cicatrizadas. Hay teorías que consideran que es una forma atenuada de dolor. Por ejemplo, suele ocurrir durante la curación de una herida, que el dolor inicial por el traumatismo se transforma paulatinamente en picor según se va reparando el daño. (Los mastocitos donde se almacena la histamina son numerosos en sitios de lesiones).

Por factores físicos: Como polen, polvos, cremas, jabones, desodorantes, sales de baño ropa, metales, sustancias tóxicas ó condiciones ambientales como el calor o un exceso de calefacción por naturaleza de los tejidos de la ropa (nylon, lana), tintes, detergentes de la ropa, duchas.

El prurito acuático: Hay una forma especial de picor que se desencadena cuando todo el cuerpo está expuesto al contacto con el agua (ducha, piscina, mar, etc.) es un picor intenso, ardiente y ocasiona irritabilidad intensa. Las molestias suelen aparecer poco después del baño o la ducha, a los 2-15 minutos independientemente de la temperatura o salinidad del agua. Se inicia en las piernas, ascienden al tronco y

a los brazos y dura sólo unos minutos. El mecanismo por el que el agua induce el picor, es completamente desconocido.¹⁶

Prurito del embarazo: Suele iniciarse en etapas avanzadas del mismo y desaparece después del parto.

Factores psíquicos ó neurológicos: Debidos a alteraciones o desórdenes del sistema nervioso central y/o periférico (p.ej. compresión o irritación de un nervio) enfermedades neurológicas, desórdenes psiquiátricos o psicossomáticos tensión emocional, stress, angustia, frustración, depresión, ansiedad (donde la intensidad del prurito depende del estado emocional). El prurito psicógeno aparece en situaciones de enfermedad obsesivo-compulsiva o depresión.¹²

Manifestaciones clínicas y características

Las lesiones clínicas son una mezcla de varios tipos, inicialmente, puede provocar desde enrojecimiento y costras en el trayecto de rascado, seguido de escoriaciones y pérdida de sustancia de la piel, máculas hiperpigmentadas úlceras y cicatrices. Estas lesiones están localizadas en cualquier lugar del cuerpo alcanzable con las manos, por tanto, la zona de la espalda queda eliminada completamente. Las primeras manifestaciones del prurito aparecen en forma de dermatitis o eritema con aspecto de dedos o de "peine" (foto 5) incluso con fisuras, pero también puede llegar a provocar lesiones mucho más severas incluso infecciones importantes.



Foto 5. Lesión pruriginosa por mal aplicación del apósito y reacción alérgica.

Historia clínica y exploración:

El prurito es un síntoma, no un diagnóstico ni una enfermedad. Su evaluación debe incluir una historia y un amplio examen clínico. En la historia debe constar: naturaleza y causa probable del prurito inicio, localización, duración e intensidad, si es diurno ó nocturno, diseminación, si cambia la actividad diaria del paciente, factores de alivian o agravan el prurito, si

se asocia a medicamentos, cosméticos o sustancias exógenas., tratamiento, uso de fármacos (analgésicos, antibióticos etc.) estado nutricional, estado de la piel, presencia de infecciones locales, estado emocional del paciente historia familiar, pruebas de laboratorio¹⁰ más relevantes (fórmula, recuento, bioquímica).

El examen físico nos dará información sobre los puntos siguientes: Aspecto de la piel, erupciones y/o lesiones, posibles infecciones puntuales, temperatura y humedad del cuerpo, factores físicos (prendas constrictivas o ajustadas) textura de la piel, color, temperatura y lesiones.

Exploraciones complementarias

Ante un prurito generalizado, es importante contar con una analítica de sangre completa VSG, bioquímica, función hepática, renal y tiroidea; análisis de orina y de heces (sangre, huevos y parásitos), estudio de hepatitis C, pruebas de autoinmunidad, IgE, pruebas de hierro ferritina, y una evaluación psiquiátrica.

El prurito en las heridas

Cuando un paciente con una herida ó úlcera manifiesta picor, generalmente se debe a la histamina liberada por las células en respuesta, a un trauma físico y la introducción de algún tipo de bacterias causando un tipo de reacción alérgica que daría origen al comezón en la piel .

Existe la creencia popular de que “si pica una herida es que se está curando” no hay una explicación científica pero hay una parte de razón porque podría atribuirse a la aparición de la nueva piel. Otra teoría es que se elimina la histamina de la zona con el acto de rascarse, aunque esta teoría no está demostrada.

En general los factores habituales desencadenantes son debidos a: Alergias a los productos empleados en la cura, el contacto con sustancias limpiadoras, por infecciones, por la presencia de micosis, por la sequedad de la piel, por aumento de la temperatura local (inflamación), por demasiada humedad y maceración en la zona ulceral ó periulceral, por vendajes mal aplicados, en la retirada de los apósitos.



Foto 6. Úlceras crónicas y heridas por rascado en paciente con insuficiencia renal crónica.

Tratamiento

No hay un tratamiento eficaz para el prurito, cada caso hay que tratarlo de forma individual. Al ser un síntoma, es fundamental averiguar el origen, causa ó enfermedad que lo provoca, para poder aplicar un tratamiento eficaz, en caso de no conocer la causa, es necesario un alivio que haga soportable la situación y corregir los factores agravantes. El tratamiento del prurito, lo podríamos clasificar en cuatro categorías:

- Tratamiento con medidas físicas
- Aplicación de medicaciones tópicas
- Tratamientos médico sistémico
- Educación del paciente y eliminación de los factores causales

Tratamiento con medidas físicas: El roce y el rascado, disminuyen la sensación de prurito por anulación de nociceptores superficiales e intraepidérmicos que lo generan. Las compresas frías también calman el dolor. Evitar los ambientes secos y el calor excesivo. Se debe utilizar ropa de fibra natural y evitar sintéticos. Una presión firme aplicada sobre el lugar donde están los picores, en un área contralateral o en puntos de acupresión pueden romper la transmisión neural. El masaje, o las vibraciones pueden ser utilizadas para aliviar el prurito. La fototerapia ultravioleta ha sido utilizada con cierto éxito y muestra alguna eficacia, pero con un retraso de 4 semanas. Otras medidas a aplicar son: cremas suaves y refrescantes, lociones calmantes, comprimir ligeramente la zona afectada; eliminar sustancias potencialmente irritantes; valorar alergias a productos aplicados; eliminar arrugas en los vendajes. Si es una herida abierta suero fisiológico frío sobre la herida, calmar el dolor y la ansiedad. Si el picor se hace intenso se puede aplicar una pomada de corticoides, no quita el picor pero ayuda a calmar la inflamación.

Tratamiento médico tópico: Desde el punto de vista tópico existen preparaciones que reducen ó eliminan las sensaciones de prurito: anestésicos, bloqueadores de los mediadores del prurito, reductores de la inflamación de la piel y destructoras de microorganismos que producen prurito. Lo mismo que el mentol, la calamina y el alcanfor, serían unos buenos sustitutos de la sensación de prurito. La loción de mentol al 1% ha mostrado en forma reciente ser efectiva en el prurito por histamina. Los anestésicos locales inyectados o en crema (lidocaína, benzocaína tetracaína), pueden emplearse en zonas aisladas. Pueden emplearse así mismo, los bloqueadores de los mediadores del prurito, grupo en el que la crema de capsaicina (es el principio activo del pimiento picante, cuándo se aplica a la piel causa una sensación de ardor) y ocupa el primer lugar

(indicada en el prurito de origen neuropático) en tres aplicaciones al día; los inmunomoduladores,

Los corticoides tópicos, solo estarían indicados en periodos de corta duración y en dermatosis susceptibles a ellos, no suelen aliviar el picor y son muy poco útiles por vía tópica si no hay dermatitis; sí es cierto que reducen el prurito, pero al reducir el flujo capilar de la piel provocan un adelgazamiento de la misma con el correspondiente aumento de su fragilidad. Los beneficios posibles pueden ser contrarrestados por sus efectos vasoconstrictores. No están indicados en el prurito de etiología desconocida, ni en post-terapia por radiación. Los corticoides son inútiles por vía sistémica.^{4,9,15}

Tratamiento médico sistémico:

Los antihistamínicos pueden ser útiles pero por su efecto sedante, no porque quiten el picor; a veces se asocian a corticoides, administrados a la hora de dormir proporciona efectos sedantes. Los antihistamínicos no son útiles, puesto que no son antipruriginosos, a menos que se compruebe que el prurito es inducido por histamina⁶, o que se usen antihistamínicos sedantes con ese fin. Suelen prescribirse los de componente sedante, si el prurito es muy extenso. Los antidepresivos tricíclicos suelen tener mayores efectos antihistamínicos y antipruriginosos. Los sedantes y tranquilizantes pueden estar indicados si no se consigue alivio por otros métodos. La aspirina, sola o asociada a antihistamínicos o a la codeína es un antipruriginoso eficaz, los antagonistas de opioides como la naltrexona a dosis de 50 mg /día en el prurito intratable y en el prurigo nodular.^{4,6,14}

Educación al paciente

La educación del paciente y su cuidador y las medidas preventivas son un aspecto importante y básico en la eliminación de factores que provocan o facilitan el prurito y para el control de los síntomas. Son útiles los consejos y normas de aplicación básicas que toda persona con prurito debe conocer entre ellas:

- No baños de agua caliente sino templada, limitar la duración del mismo y usar jabones apropiados, enjuagarse concienzudamente y secar sin frotar
- Añadir algún tipo de productos oleosos ó emolientes al agua del baño.
- No usar alcohol para la piel
- Uso de ropa personal y de cama holgada natural, de tejidos naturales fresca, cómoda no fibras ni lanas y lavarla con jabones suaves
- Los residuos de detergente pueden ser eliminados enjuagando la ropa con vinagre (una cucharada en 1/4 de litro de agua)..

- Evitar rascarse ó frotarse la zona afectada, aumenta la sensación de picor
- Tomar mucha agua para evitar la deshidratación de la piel.
- Tratar de descansar, el estrés puede generar prurito. Hacer actividades que relajen
- Evitar los excitantes antes de dormir (bebidas, café, colas) podrían aumentar el picor y el insomnio
- Mantener las uñas cortadas para evitar lesiones en la piel (**Foto 6**).
- Precaución con productos de bisutería
- Vigilar la toma de fármacos en general

Las cremas y lociones emolientes se deben aplicar al menos 2 ó 3 veces al día después de baño, Pueden usarse cremas o geles con anestésicos locales (lidocaína 0.5%-2.0% o EMLA) sobre algunas áreas tan a menudo como sea necesario.

Es importante conocer la naturaleza de los ingredientes de los productos para el cuidado de piel, dado que muchos de ellos pueden aumentar las reacciones alérgicas a los mismos. Los tipos de emoliente más importantes son el petrolatum (parafina), la lanolina y el aceite mineral, suelen ir mezclados con aceite mineral para crear cremas lociones y aceites de baño.

Hay también otros ingredientes^{1,8,9} con capacidad para irritar que se añaden a estos productos como son los espesantes, colorantes, perfumes, etc. Los productos que contienen iones metálicos como los antitranspirantes a base de sales de aluminio, o los polvos de talco pueden interferir con las radiaciones y ocasionar irritaciones de la piel, también el alcohol o mentol, aunque las lociones o cremas con mentol, alcanfor o breas, empleadas clásicamente, continúan estando indicadas.

La sensación de prurito por lo general aumenta si la piel está caliente. Por lo tanto, cualquier medida para enfriar la piel mitiga el prurito.

Factores a evitar:

- Uso de ungüentos (por ejemplo, petrolato, aceite mineral)
- Jabones con detergentes
- Baños muy frecuentes o de más de 30 minutos de duración
- Ambientes muy secos
- Opiáceos y antibióticos
- Desodorantes y antitranspirantes axilares

Bibliografía

1. Koblenzer, C., (2001) "Manifestaciones no cutáneas de las enfermedades de la piel". Cap. 41. Aspectos psicológicos de las enfermedades cutáneas, "Dermatología en medicina general" Fitz Patrick, (5ª eds). Ed. Médica Panamericana, Tomo I.
2. Semin Cutan Med Surg. 2011 Jun; 30 (2) :64-70. Anatomía y neurofisiología del prurito. Un Ikoma , Cevikbas F , Kempkes C , M Steinhoff . Departamento de Dermatología y Cirugía por la Universidad de California en San Francisco, San Francisco, California, EE.UU..
3. Gilchrist, BA: Pruritus in the elderly. *Semin. Dermatology* (1995): 14 :317
4. Montes, N., Síntomas comunes en la practica de medicina familiar: el prurito. *Revista paceña de medicina familiar* 2006; 3(3): 14-17
5. Nancy H., Montes N. Síntomas comunes en la práctica de medicina familiar: el prurito Policlínico miraflores. *Rev Paceña Med Fam* 2006; 3(3): 14-17
6. Nancy Heidi Montes Montaño. Síntomas comunes en la practica de medicina familiar: el prurito Policlínico miraflores. *Rev Paceña Med Fam* 2006; 3(3): 14-17
7. Ständer, S., Steinhoff, M., Schmelz, M., Weisshaar, E., Metze, D., Luger, T.,(2003) "Neurophysiology of Pruritus". *Cutaneous Elicitation of Itch, Arch Dermatol*;139:1463-1470.
8. *Dermatología en medicina general*. Fitz Patrick, (5ª eds). Ed. Médica Panamericana, Tomo I.
9. Lglesias Diez. A. Guerra Tapia. P.L. Ortiz Romero. *Tratado de Dermatología*. 2ª edición. McGraw-Hill Interamericana
10. Fonseca Capdevila E. Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas. : Rozman C, ed. *Medicina Interna Farreras-Rozman*. 14ª ed. Madrid: Harcourt 2000, p. 1532-5.
11. M Krajnik , Zyliz Z . Comprender el prurito en la enfermedad sistémica. *J Pain Symptom Manage*. Departamento de Medicina Paliativa de la Universidad Rydygier Ludwik de Ciencias Médicas, Bydgoszcz, Polonia. 2001 Feb;21(2):151-68.
12. Depresión, Ansiedad y Calidad de vida en pacientes con Prurito Lic. Mariela Contreras Mgter. Juan Carlos Godoy. *Maestría en Psicoimmunoneuroendocrinología*. Universidad Favaloro 2008
13. Bologna J., L., Jorizzo J., L., Rapini R., P., (2003) "Dermatology" (1ª eds) Londres, Mosby; pp:85-120.
14. Polat M, Oztas P, et al. Generalized pruritus: A prospective study concerning etiology. *Am J Clin Dermatol* 2008; 9:39-44.
15. Donoghue L, Tharp D. Antihistamines and their role as antipruritics. *Dermatol Ther* 2005; 18(4):333-341.

Otra bibliografía recomendada

Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA, Libretto SE, Szepietowski JC, Zyliz Z. Itch: scratching more than the surface. *Sir Michael Sobell House, Churchill Hospital, Oxford, OX3 7LJ, UK. Comment in: QJM*. 2003 Apr;96(4):315.

Ikoma A, R Rukwied , Ständer S , M Steinhoff , Y Miyachi , M Schmelz . Neurofisiología del prurito: la interacción de picazón y dolor. Departamento de Dermatología de la Universidad de Kyoto, Kyoto, Japón. *Arco Dermatol*. 2003 Nov; 139 (11) :1475-8.

Saint-Martory C, Roguedas-Contios AM, Sibaud V, Degouy A, Schmitt AM, Misery L. Sensitive skin syndrome is not limited to the face. *Br J Dermatol*. 2008;158:130-133.

Kreks, A., (1997) "Enfermedades alérgicas y dermatológicas". El enfermopsicosomático en la práctica. Boris Luban-Plozza. Barcelona: Herder.

Poletti Vázquez, E., D., Muñoz Sandoval M., (2007) "Prurito psicógeno: diagnóstico ineludible del internista". *Medicina Interna de México Volumen* 23, Núm. 6, noviembre-diciembre, *Med Int Mex*;23(6):517-23

Schwartzmann, L., (2003) "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales". *Ciencia y enfermería*, 2, 9-21.

Summey BT, Yosipovitch G. Pharmacologic advances in the systemic treatment of itch. *Dermatol Ther* 2005; 18(4):328-332.

Schmelz M. Itch and pain. Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Faculty of Clinical Medicine Mannheim, University of Heidelberg, Mannheim, Germany. martin.schmelz@anaes.ma.uni-heidelberg.de *Hay Dermatol*. 2005 Jul-Aug; 18 (4) :304-7.

Haake, A., R., Holbrook, K., (2001) "Estructura y desarrollo de la piel" Cap. 7.

Dermatología en medicina general Fitz Patrick, (5ª eds). Ed. Médica Panamericana, Tomo I.

Wolff klaus. Allen Johnson, R. Suurmond D. . *Atlas en color y sinopsis de Dermatología clínica*. Fitzpatrick. McGraw-Hill Interamericana. 5ª edición

Armstrong Ch. A., Scholzen T., Olerud J., Bunnett N., Luger T. y Ansel J., (2001). "Neurobiología de la piel", Cap. 26,