

Tratamento sintomático em cuidados paliativos: prurido

LUÍSA CARVALHO*

RESUMO:

Resumo: O prurido é um sintoma que, apesar de aparentemente menos importante, pode afectar bastante a qualidade de vida de alguns doentes terminais. O manejo deste sintoma não se reduz apenas à utilização de anti-histamínicos, pelo que ao longo deste artigo passaremos em revista os principais mecanismos etiopatogénicos do prurido e as medidas gerais e específicas para o seu tratamento. É importante sublinhar que os princípios aqui contidos são aplicáveis a situações de prurido fora do âmbito dos cuidados paliativos.

Palavras-Chave: Prurido; Histamina; Serotonina; Cuidados Paliativos.

INTRODUÇÃO

A decisão de abordar este sintoma prende-se com dois aspectos principais: apesar de globalmente apresentar uma baixa prevalência, o prurido pode revelar-se como causa agravante do sofrimento de doentes em cuidados paliativos, frequentemente negligenciada e mal tratada; por outro lado, é ainda hoje largamente desconhecida a variedade de fármacos que podem ser eficazes nesta situação.

Nos doentes em cuidados paliativos estima-se que a prevalência do prurido seja, em média, de cerca de 5%, mas em grupos específicos, como os doentes de SIDA, os que apresentam insuficiência hepática com colestase ou com insuficiência renal avançada, a prevalência pode atingir valores da ordem dos 60%.

De ressaltar ainda que os fármacos opióides, frequentemente usados em cuidados paliativos, também podem condicionar prurido, sobretudo se administrados por via espinal. Quando administrados por via oral a ocorrência

de prurido não ultrapassa o valor de 1%.

Faremos a revisão dos principais mecanismos e etiologias do prurido, destacando depois as medidas práticas, muito simples que, se devidamente adoptadas, poderão melhorar bastante a qualidade de vida destes doentes.

1. DADOS BÁSICOS DE FISIOPATOLOGIA Definição

Prurido - Sensação desagradável que provoca o desejo de coçar. Sensação de comichão cutânea, que pode ser devida a doença de pele ou a afecção geral, ou não ter causa aparente.

O prurido é uma função fisiológica e uma sensação própria frequente da pele, mas também da conjuntiva e membranas mucosas, incluindo o tracto respiratório superior, que alerta o indivíduo de potenciais agressões a partir de fontes físicas, químicas e biológicas.

O reflexo de coçar está ligado à percepção de prurido, e na maioria das situações funciona efectivamente como uma resposta motora aversiva para aliviar a sensação e proteger a pele. Contudo, o prurido tem o potencial de funcionar de uma maneira aberrante e tornar-se uma situação patológica que cria sofrimento e morbidade significativa.

Neuro-anatomia

A neuro-anatomia do prurido é seme-

*Especialista em Medicina Geral e Familiar

lhante à da dor. O prurido é uma sensação discreta e uma modalidade sensorial primária que surge da activação e integração dos receptores neuronais sensitivos cutâneos, vias aferentes e sistema nervoso central. O prurido é induzido na pele por vários estímulos, quer endógenos, quer exógenos (Figura 1).

ACTIVAÇÃO EXÓGENA DO PRURIDO

Estímulo pruritogénico

Muitos estímulos físicos induzem prurido, incluindo a pressão, a estimulação térmica, a estimulação eléctrica de baixa intensidade, a formação de bolhas por sucção e a aplicação de substâncias cáusticas. Os estímulos químicos incluem a histamina, proteases, prostaglandinas e neuropépticos.

Fibras nervosas

O prurido é transmitido primariamente

por fibras C polimodais aferentes. Estes projectam-se num grupo distinto de neurónios secundários no corno dorsal da medula espinhal.

As fibras nervosas que conduzem os sinais que representam o prurido iniciam-se predominantemente na junção epidérmica-dérmica e com terminações livres que se estendem até à epiderme, sendo mais superficiais do que as fibras C nociceptivas, e são estimuladas pela histamina e outros mediadores.

Mediadores

Histamina: A histamina é o mediador químico mais importante do prurido, mas não o único. A histamina endógena libertada na pele é libertada principalmente a partir dos mastócitos. Para além da estimulação directa dos receptores neuronais H1, a histamina provavelmente estimula a formação de outros mediadores.

Serotonina: A serotonina também pode causar prurido, mas é um agente mais fraco do que a histamina. Está envolvido no prurido associado com a colestase e a insuficiência renal, duas situações em que os antagonistas dos receptores da serotonina são benéficos.

Opióides endógenos: Os opióides endógenos têm um efeito regulador no prurido e, dependendo das circunstâncias, a naloxona pode aumentar ou diminuir o prurido. A morfina e outros opióides exógenos podem causar prurido principalmente quando injectados no SNC. A naltrexona, um antagonista opióide, alivia o prurido colestático. Em doentes que fazem opióides pela primeira vez, o prurido é mais comum

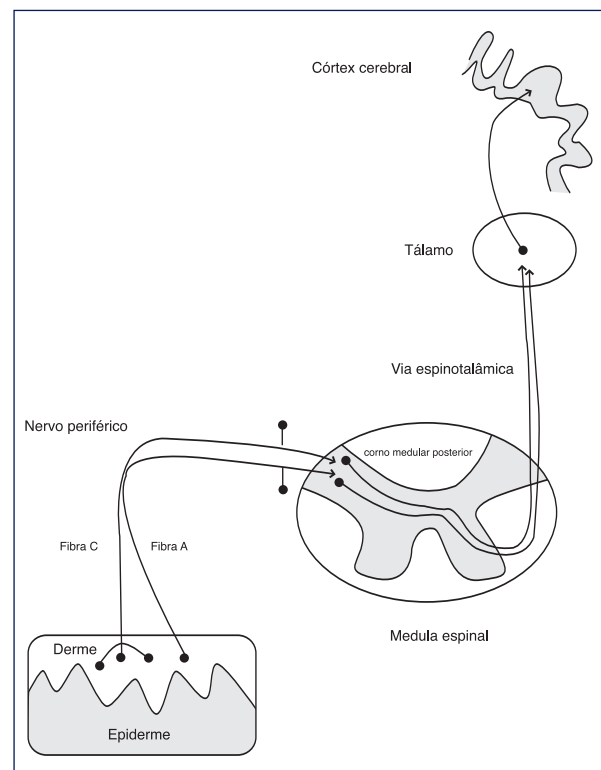


Figura 1. Via aferente do prurido

com a morfina epidural do que com a hidromorfona. O prurido pode ser sentido na metade inferior do corpo ou só na cara, ou ainda ser generalizado, não é aliviado por anti-histamínicos, mas os antagonistas dos receptores da serotonina podem ajudar. Felizmente, como já referimos, a incidência de prurido com opióides sistémicos é só de cerca de 1%.

Muitas destas fibras nervosas contêm ainda neuropéptidos, tais como a substância P, neuroquinina A e o péptido relacionado com a gene da calcitonina (CGRP), o VIP e o neuropéptido Y. Os neuromediadores influenciam directamente a permeabilidade vascular e o eritema. Também activam uma cascata de outros mediadores a partir dos leucócitos e mastócitos tecidulares. Todos em conjunto, estes mediadores neuronais e celulares induzem a sensação de prurido e criam áreas de hipersensibilidade à volta da zona do estímulo primário. As terminações nervosas do prurido tendem, assim, a estar agrupadas à volta de pontos sensíveis.

Activação endógena do prurido

Para além dos estímulos exteriores, existe também a activação endógena do prurido. O estímulo sistémico ou endógeno do prurido só está parcialmente caracterizado, e as causas bioquímicas para o prurido estão associadas com uma vasta gama de doenças sistémicas, incluindo doenças metabólicas, insuficiências orgânicas e várias neoplasias; continuam a ser mal definidas e a levantar problemas ainda sem resolução. O prurido também pode ser neuropático, isto é, iniciado centralmente por lesão cerebral, tumores e esclerose múltipla.

A vasodilatação induzida pelo calor exacerba o prurido, enquanto a vasoconstrição mediada pelo frio reduz o prurido. O prurido é também aumentado pela atenção, ansiedade, aborrecimento e diminuído pelo relaxamento e distracção.

2. ETIOLOGIAS HABITUAIS NESTES DOENTES

Prurido primário

O prurido idiopático ou primário é diagnosticado na maioria (mais de 70%) dos doentes em quem uma perturbação subjacente foi excluída como causa de prurido. O prurido idiopático pode estar limitado em extensão e intensidade.

Os sintomas podem ser razoavelmente controlados através de bons cuidados da pele e de medidas tópicas calmantes. Contudo, outros casos de prurido primário são bastante extensos, graves e crónicos. O diagnóstico de prurido primário é feito seguindo uma avaliação médica e dermatológica meticulosa para exclusão de causas secundárias.

Prurido secundário

O prurido secundário está associado com uma variedade de alterações incluindo, quer doenças dermatológicas (Quadro I), quer doenças sistémicas (Quadro II). O tratamento da condição dermatológica específica e a eliminação do factor agressor exógeno alivia tipicamente os sintomas de prurido. Quando se lida com prurido que pode ter como causa uma doença cutânea, é crucial avaliar e instituir a terapêutica adequada para o caso em questão.

A *pele seca ou xerose* é a causa mais comum de prurido e pode estar associado com o aumento da expressão de citocinas, por aumento da desgranulação dos mastócitos e com aumento da sensibilidade cutânea à histamina, observado quando a integridade da pele é danificada pela desidratação cutânea. A pele macerada e húmida também é pruriginosa.

Os alérgicos cutâneos mais frequentes na *dermatite de contacto* são os: cremes e sabonetes contendo perfume, preparações com neomicina, cremes com anti-histamínicos, cremes com anestésicos locais (excepto a lidocaína),

QUADRO I

DOENÇAS CUTÂNEAS ASSOCIADAS COM PRURIDO

Dermatite de contacto	Linfoma cutâneo de células T	Picadas de insectos
Dermatite herpetiforme	Líquen plano	Pitíriase rosea
Dermatite medicamentosa	Líquen simplex crónico	Psoríase
Eczema atópico	Mastocitose	Queimadura solar
Escabiose (sarna)	Pediculose	Urticária
Foliculite	Pele húmida macerada	Xerose
Infestação sistémica	Penfigóide bulhoso	

QUADRO II

PERTURBAÇÕES SISTÉMICAS ASSOCIADAS COM PRURIDO

Doenças biliares e hepáticas	Atresia biliar Cirrose biliar primária Colangite esclerosante Obstrução biliar extra-hepática Colestase gravídica Colestase induzida por drogas	Doenças hematopoiéticas	Linfomas (linfoma de Hodgkin 15%) Linfoma cutâneo de células T Mastocitose sistémica Mieloma múltiplo Policitemia vera (30 a 50%) Anemia ferropénica
Insuficiência renal crónica	Uremia	Doenças infecciosas	Sífilis Parasitoses HIV Fungos Herpes zoster
Fármacos	Opióides Anfetaminas Cocaína Ácido acetilsalicílico Quinidina Niacinamina Etrretinato Outros	Neoplasias	Mama, estômago, pulmão, etc. Síndrome carcinóide Síndrome paraneoplásico
Doenças endócrinas	Diabetes insípida Diabetes Mellitus Doença da paratiróide Doença da tiróide (hiper e hipotiroidismo) Hiperuricemia	Doenças neurológicas	AVC Esclerose múltipla Tabes dorsal Meralgia parestésica Tumores/abscessos cerebrais Causas psiquiátricas

álcool, lanolina e a borracha.

As reacções secundárias cutâneas a fármacos são mais frequentemente observadas com as cefalosporinas, penicilinas, fenitoína, sulfonamidas, contrastes radiológicos, alopurinol e a fe-

nilbutazona.

Para algumas doenças sistémicas, o tratamento específico médico ou cirúrgico providencia a cura da doença e do prurido. Contudo, na maioria das doenças sistémicas, os doentes sobrevivem

longos períodos de tempo com o controlo adequado da sua doença.

Em muitas das situações em cuidados paliativos a causa do prurido é multifactorial, mas em algumas patologias específicas a sua fisiopatologia começa a ser revelada. Convém ressaltar que apenas nalgumas das situações o prurido tem por base a libertação de histamina. No caso do prurido colestático, ele existe devido ao aumento dos opióides endógenos e ao aumento da libertação da serotonina; no prurido por insuficiência renal a sua existência deve-se ao aumento dos opióides endógenos, à proliferação dos mastócitos, ao aumento da vitamina A cutânea, aumento da libertação da serotonina, aumento da libertação da Substância P e ao aumento do Ca e Mg cutâneos. Quando o prurido é de origem paraneoplásica observava-se libertação de histamina pelos basófilos, eosinofilia e reacção imune. Nos doentes sujeitos a quimioterapia este geralmente desaparece dentro de 30-90 min e não necessita de tratamento. Nos indivíduos sujeitos a radioterapia esta pode matar as células cutâneas e causar queimadura e prurido. Quando a pele cai, o coçar pode lesá-la ainda mais, o que cria o potencial para infecção.

3. IMPORTÂNCIA E VARIAÇÃO NO TEMPO

Embora não muito frequente, este sintoma pode ser muito perturbador e desconfortável para o doente e deixar os prestadores familiares sentirem-se impotentes. Infelizmente, o prurido continua a ser um sintoma importante e a causar morbidade considerável. Cerca de 10% da população tem dermatografismo, isto é, uma reposta exagerada ao riscar a pele. Tais pessoas tem maior probabilidade de vir a desenvolver um ciclo vicioso de «prurido – coçar – mais prurido – mais coçar». O acto de coçar pode levar a lesões cutâneas e feridas que podem resultar em infecção.

Está presente em 17% dos doentes

com cancro avançado. O prurido generalizado pode criar agitação, ansiedade, escoriações cutâneas e infecções.

Os doentes que sofrem de prurido podem desenvolvê-lo só de uma maneira ligeira e passageira, ou o prurido pode ser tão intenso e persistente que preocupa e perturba completamente a existência diária.

Deve ser reconhecido que o prurido é variável na sua qualidade apercebida e na intensidade. Tal como a dor, a percepção e a tolerância do prurido e a resposta a esta sensação depende significativamente do estado físico e emocional do indivíduo, o nível de actividade funcional, os mecanismos de « *coping* » adaptativos e o restante contexto.

4. AVALIAÇÃO DO SINTOMA

O prurido é um sintoma subjectivo e a sua objectivação pode tornar-se complexa. A sua avaliação deve sempre pressupor uma abordagem global dos múltiplos factores que o condicionam para além dos físicos – os psicológicos, sociais e outros.

O diagnóstico do prurido passa por uma anamnese cuidadosa. Temos como perguntas-chave para avaliar a etiologia do prurido:

A pele está mais seca ou mais húmida do que o normal? A cor da pele mudou? A pele apresenta alterações? O prurido mantém-se apesar de tratamento local?

Devemos considerar a doença de base, a medicação em curso e história prévia de alergias.

No exame objectivo deverão clarificar-se a localização, extensão e profundidade das lesões cutâneas. O aspecto, o padrão e a probabilidade indicam geralmente a causa.

A objectivação do sintoma poderá fazer-se na prática clínica com o recurso a escalas verbais para quantificação do sintoma.

5. ATITUDE TERAPÊUTICA: MEDIDAS FARMACOLÓGICAS E OUTRAS

Corrigir o corrigível

Para o sucesso do tratamento é fundamental reconhecer os mecanismos etiológicos que estão subjacentes ao prurido e quais os diferentes mediadores em jogo. O arsenal terapêutico comporta medidas gerais imprescindíveis e medidas farmacológicas que se estendem para além dos anti-histamínicos.

Há questões iniciais que desde logo devem ser adoptadas: rever a medição do doente – é o prurido causado por uma droga indutora? iniciou terapêutica com opióide? Se o fármaco for a causa, se possível deve ser parado.

Medidas gerais

Virtualmente todos os doentes com cancro avançado e prurido têm a pele seca, mesmo quando existe uma causa endógena definida. A correcção da secura da pele deve preceder quaisquer medidas específicas. A maior parte não precisa de anti-histamínicos ou de outras drogas se tiverem cuidados cutâneos adequados. Sem cuidados cutâneos adequados as drogas sistémicas trazem poucos benefícios.

Aconselhe contra o coçar, mas permita esfregar ligeiro; as unhas devem estar curtas e limpas; deve-se secar a pele com uma toalha macia sem esfregar ou com um secador de cabelo sem aquecer; evitar as temperaturas elevadas e a transpiração; este problema pode surgir se for utilizado um edredão de inverno no verão, ou se o aquecimento central estiver ligado durante a noite. Suspender o uso de sabonetes. Utilizar um unguento emulsionado ou creme aquoso como substituto do sabonete, ou acrescentar Oilatum à água do banho. Devem ser aplicadas medidas para manter a pele fria e diminuir a perspiração, pois ambos reduzem o limiar do prurido.

Se a pele se encontra seca deve-se

evitar o calor, banhos quentes, agentes secantes como a calamina e roupa áspera. Deve-se hidratar a pele regularmente com um creme hidratante.

Se a pele se apresenta húmida, deve-se usar um creme a fazer barreira nas pregas cutâneas. A sudorese nocturna pode ser difícil de tratar: tioridazina (10 a 30 mg à noite), corticosteróides, cimetidina ou ranitidina e anti-inflamatórios não esteróides têm sido usados com algum sucesso.

A pele em risco de maceração deve ser protegida com uma barreira adequada: pasta de óxido de zinco quando estejam em contacto 2 áreas de pele, unguento de barreira, por exemplo, óxido de zinco em óleo de fígado de bacalhau, lanolina ou parafina, para as outras áreas incluindo as regiões à volta das úlceras.

Tratamento tópico

As medidas tópicas têm como objectivo a hidratação da pele e o efeito antipruriginoso. Estas medidas devem ser aplicadas após a lavagem de manhã e outra vez à noite.

Incluem o uso de loção de calamina, creme de crotamitona (com ou sem esteróide) e mesmo a preparação antiga de solução de bicarbonato a humedecer a pele aplicada pelo doente (1 colher de sobremesa de bicarbonato dissolvida num copo de água), creme aquoso (\pm 1 % de mentol). Se a pele se encontrar inflamada pode-se aplicar um creme com clioquinol + hidrocortisona ou só hidrocortisona a 1%.

Para doentes com escoriações numerosas e crostas devido a lesões de coceira, a aplicação de compressas húmidas de água da torneira nas áreas afectadas várias vezes ao dia durante 1 a 2 h dá alívio temporário e acelera a cicatrização da pele lesionada. Pode usar-se um creme de hidrocortisona antes da colocação das compressas para acção anti-inflamatória.

O uso tópico de cremes anti-histamí-

nicos deve ser desaconselhado porque o seu uso prolongado pode provocar dermatite de contacto. Se estiver a ser usado algum e a pele ficar inflamada, substituí-lo por um creme com 1% de hidrocortisona até que a inflamação desapareça.

Tratamento Sistémico

O recurso às medidas farmacológicas deve assentar na compreensão dos mecanismos etiológicos envolvidos no aparecimento do prurido, mais concretamente no tipo de mediadores que poderão estar em jogo (histamina, serotonina, outros).

Como tratamento sistémico podem utilizar-se os corticosteróides, algumas vezes os anti-histamínicos e outros fármacos, em situações específicas. Os corticosteróides utilizam-se principalmente se a pele se encontra inflamada mas não infectada, como resultado do coçar - dexametasona 2-4 mg de manhã ou prednisolona de manhã.

Como anti-histamínicos podemos utilizar a clorofenamida - 4 mg 3×dia a 12 mg 4×dia, um fármaco eficaz para ajustar as doses rapidamente; a cetirizina 5 mg 2×dia ou 10 mg 1×dia, fármaco não sedante eficaz para tratamento de manutenção; a hidroxizina - 10 mg-25 mg 2 a 3×dia ou 25 - 100 mg ao deitar. Anti-histamínicos mais sedativos como é o caso da prometazina (25-50mg 2×dia) poderão ter uma eficácia maior na remoção do prurido pela acção central que lhes está associada. A prometazina pode ser administrada por via sub-cutânea.

A utilização de benzodiazepinas sedativas pode ser útil, não por qualquer acção anti-pruriginosa, mas pelo alívio da ansiedade associada e pela indução do sono.

A paroxetina, enquanto inibidor da serotonina, pode usar-se na dose de 5-20mg, de manhã, quer nos casos de prurido paraneoplásico, quer noutras situações em que os fármacos de acção

mais específica falharam. Os benefícios ocorrem rapidamente devendo retirar-se o fármaco se não se obtiver resposta ao fim de 4 a 7 dias. Outro antidepressivo, a mirtazapina, poderá usar-se isoladamente (7,5-15mg ao deitar) ou em associação à paroxetina se todos os outros fármacos já falharam. Estes dois fármacos poderão ser considerados como de largo espectro no tratamento do prurido, úteis onde outros anteriormente falharam.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Prurido associado a colestase

Aparece em 50 % de tumores extra-hepáticos que induzem colestase, também é o mecanismo responsável do prurido gravídico e por fármacos: anovulatórios, anabolizantes, eritromicina e fenotiazidas. O «stent» biliar é a medida mais eficaz e deve ser considerada para todos, excepto nos doentes terminais com mau estado geral. Geralmente toda a icterícia desaparece, mas mesmo que esta só diminua, o prurido desaparece. Se não se conseguir aliviar a obstrução e as medidas gerais não forem suficientes, pode ser necessário a utilização de fármacos.

- colestiramina 12 a 24 g/dia em 3 tomas. A sua utilização é controversa e actualmente limitada: existem autores que a consideram a droga de eleição nestas situações, mas a maioria não a recomenda por saber mal, ser ineficaz e poder causar diarreia.
- rifampicina, 150 mg 2×dia, actua por indução enzimática
- ondansetron (inibidor da serotonina), 4 mg/*per os*/2×dia, geralmente alivia o prurido colestático após 5-6 h e em 30 min se forem dadas 8 mg IV
- estanozolol, 5 mg PO 1×dia ou metiltestosterona 25 mg SL 2×dia - demoram 5 a 7 dias para fazer efeito, não se sabe o modo de acção, podem aumentar a icterícia e masculinizar, o que geralmente não são problemas

em estádios avançados de doença

- naltrexona – um antagonista opióide oral, reduz a intensidade do prurido, mas não o alivia completamente na maioria dos casos. Não deve ser usado em doentes sob terapêutica com opióides.
- os bloqueadores dos receptores H2 (cimetidina e ranitidina) e as fenotiazidas devem ser experimentadas se a colestiramina não resulta
- A talidomida, na dose de 100 mg ao deitar, poderá revelar-se útil no prurido por urémia ou no caso da cirrose biliar primária

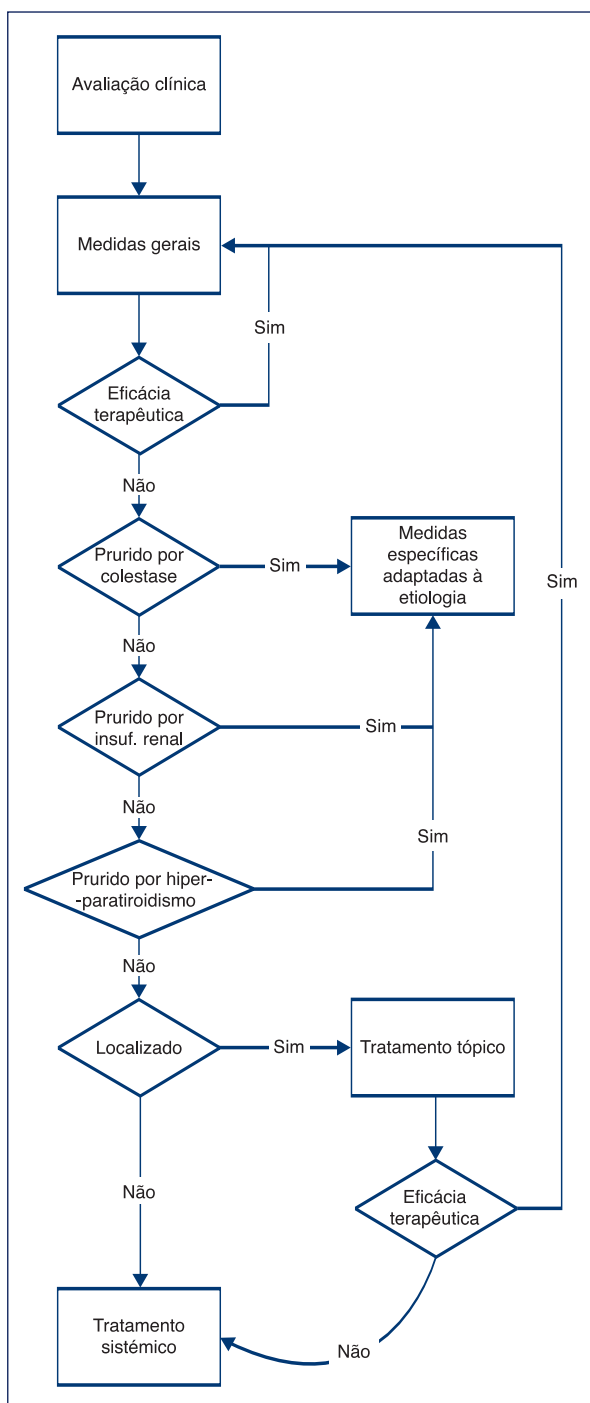
Prurido associado a insuficiência renal crónica

O prurido na insuficiência renal é, muitas vezes, mais difícil de tratar. Ele está associado com o aumento dos mastócitos dérmicos e os iões bivalentes (MG e Ca). Aparece em 85 a 90 % dos doentes em diálise. Tratamento: optimização do regime de diálise e uso oral de anti-histamínicos H1 com acção central; cremes hidratantes; talidomida, fototerapia; paratiroidectomia, carvão vegetal, dieta pobre em proteínas com suplemento de aminoácidos.

Prurido associado a hiperparatiroidismo secundário

Nos doentes com hipercalcemia associada a hiperparatiroidismo secundário a correcção da hipercalcemia conduz ao alívio rápido do prurido.

ELABORAÇÃO DE NORMAS DE APLICAÇÃO CLÍNICA, AJUSTADOS AOS DIFERENTES ENQUADRAMENTOS CLÍNICOS



Prurido associado à SIDA

Alguns anti-inflamatórios como a indometacina, o diclofenac ou o tenoxicam poderão ser úteis por actuarem sobre as prostaglandinas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander C. XII: Palliative and end-of-life care. In URL: <http://hab.hrsa.gov/publications/hrsawomen/chapter12/chapter12.htm>
- Ballinger A, McHugh M, Catnach S, Alstead E, Clark M. Symptom relief and quality of life after stenting for malignant bile duct obstruction. *Gut* 1994; 35: 467-70.
- Doyle D, Jeffrey D. Palliative Care in the Home. Oxford, Oxford University Press, 2000.
- Doyle D. Domiciliary Palliative Care. Oxford, Oxford University Press, 1996.
- End-of-Life Physician Education Resource Center. Pruritus. In URL : www.stanthonyshospice.com/elb/palliative_care/symptom/pruritus.htm
- Fallon M, O'Neill B. ABC of Palliative Care. London, BMJ Books, 1998.
- Gunten C. Fast Fact and Concept #37: Pruritus. 2001. In URL: www.eperc.mcw.edu/educate/flash/fastfact/203.htm.
- Huether S. Alterations of Digestive Function. In: Huether S, McCance K, ed. Understanding pathophysiology. 2nd ed. St. Louis, Mosby, 2000.
- Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Protocolos en Medicina Paliativa. Junta de Castilla y León, 2001.
- Krajnik M, Zylicz Z. Understanding pruritus in systemic disease. *Journal of Pain and Symptom Management* 2001; 21: 151-68.
- Lidstone V, Thorns A. Pruritus in cancer patients. *Cancer Treatment Reviews* 2001; 27: 305-12.
- Manuila L, Manuila A, Lewalle P, Nicoulin M. Dicionário Médico. 2^a versão. Lisboa, Climepsi Editores, 2001.
- Mednews. Nacional Cancer Institute. Pruritus. In URL: www.imsdd.meb.uni-bonn.de/cancernet/500609.html
- Pittelkow M, Loprinzi C. Pruritus and sweating. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2001.
- Price T, Patterson W, Olver I. Rifampicin as treatment for pruritus in malignant cholestasis. *Supportive Care in Cancer* 1998; 6: 533-5.
- Rosario M. Cuidados Paliativos. Barcelona, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1998.
- Twycross R, Wilcock A. Symptom Management in advance cancer. 3th ed. Oxon, Radcliffe Medical Press, 2001.
- Twycross R. Cuidados Paliativos. Lisboa, Climepsi, 2001.
- Wrede-Seaman L. Symptom Management Algorithms. A Handbook for Palliative Care. Yakima, Intellicard, 1999.
- Yosipovitch G, Szolar C, Hui X, Maibach H. Effect of topically applied menthol on thermal, pain and itch sensations and biophysical properties of the skin. *Archives of Dermatological Research* 1996; 288: 245-8.

Endereço para correspondência:

Lúisa Carvalho
Especialista em Medicina Geral
e Familiar
e-mail: mop81367@mail.telepac.pt

Anexo

Nomes Comerciais dos fármacos mais citados

Colestiramina: Quantalan carteiras 4 g

Rifampicina: cápsulas a 300 mg (Rifadin, Rifex)

Fenobarbital: comprimidos a 15, 100 e 200 mg (Bialminal, Bialminal Forte, Luminal e Luminaletas)

Crotamitona: Eurax creme e loção

Calamina: em Portugal existe em várias associações – Caladryl, Benzocaína, Benaderma com calamina, Pruridermase

Hidrocortisona tópica: creme, pomada, loção, lipocrema, etc.

Clioquinol: Quinodermil pomada

Dexametasona: Decadron Comprimidos; Oradexon (âmpolas 5mg)
Decadron (âmpolas 8mg)

Prednisolona: Lopicortinolo comprimidos

Clorofenamida: em associações

Cetirizina: Zyrtec

Hidroxizina: Atarax

Levopromazina: Nozinan

Paroxetina: Paxetil, Seroxat

Mirtazapina: Remeron

Ondansetron: Zofran

Naltrexona: Basinal, Nalorex

Cimetidina: Tagamet

Tioridazina: Melleril

Mentol: várias preparações de venda livre com associação a anti-inflamatórios