

- [Inicio](#)
- [La Guía](#)
- [Presentación](#)
- [Editores y Autores](#)
- [Contacta con nosotros](#)

Seleccionar página

Ácido acetilsalicílico (AAS)

Ácido acetilsalicílico (AAS)

[Algésicos, antitérmicos](#)

Buscar: Botón de búsqueda 

Nombre	Ácido acetilsalicílico o aspirina (AAS)
Presentaciones orales	Comprimidos 100 mg, 125 mg, 250 mg, 300 mg, 500 mg. Cápsulas de liberación modificada 150 mg, 300 mg.
Categoría	Analgésicos y antipiréticos.
Uso en pediatría	Tratamiento de los procesos inflamatorios y como anticoagulante.
Farmacocinética	
Pico sérico	Concentración plasmática máxima en la primera hora (liberación inmediata), 4 – 6 horas (liberación retardada). En caso de dosis tóxica: 4 – 6 horas (liberación inmediata), 24 horas (liberación retardada).
Metabolismo	Hepático, rápido a ácido salicílico (metabolito activo). Unión a proteínas plasmáticas (salicilato): 80 – 90 %;
Vida media	2 – 3 horas tras dosis terapéuticas; 15 – 30 horas tras sobredosis.
Vol. distribución	0,17 – 0,20 L/kg a bajas concentraciones, aumenta a 0,30 – 0,50 L/kg a concentraciones más altas.
Eliminación	Renal (80-100%).
Mecanismo de acción	Actúa a nivel de las ciclooxigenasas disminuyendo la síntesis de prostaglandinas (acción antipirética y antiinflamatoria) y del tromboxano A2 (acción antiagregante).

Toxicología	<p>Se produce una alteración de la fosforilación oxidativa en el ciclo de Krebs (aumentan el ácido pirúvico y láctico). Estimula el centro respiratorio (alcalosis respiratoria).</p> <p>En situación de pH ácido, el AAS pasa a su forma no ionizada, liposoluble, que atraviesa libremente las membranas y produce toxicidad en la mayor parte de los órganos, incluido el SNC.</p>
Efectos tóxicos	<p>Medicamento altamente tóxico</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intoxicación leve (concentración plasmática salicilato máxima < 30 mg/dl)</i>: anorexia, náuseas, vómitos, dolor epigástrico, <i>tinnitus</i>, sordera. • <i>Intoxicación moderada (concentración plasmática salicilato máxima: 30 – 70 mg/dl)</i>: deshidratación, sudoración, taquipnea e hiperpnea, irritabilidad, cefalea, temblor, visión borrosa, agitación, alucinaciones, letargia, alcalosis respiratoria, a veces coexiste con acidosis metabólica. • <i>Intoxicación grave (concentración plasmática salicilato máxima > 70 mg/dl)</i>: hipertermia, con fallo general multiorgánico: hepatotoxicidad con elevación de las transaminasas, pancreatitis, hemorragia gastrointestinal (clínica digestiva); estupor, convulsiones, edema cerebral, coma (clínica neurológica); SIADH, acidosis láctica, empeoramiento de la acidosis metabólica con elevación del anión GAP (alteraciones metabólicas); coagulopatía con hipoprotrombinemia, CID (alteraciones sanguíneas); insuficiencia renal, arritmias, edema pulmonar no cardiogénico, rhabdomiolisis.
Comienzo de síntomas	<p>1 – 2 horas</p> <p>En algunos casos puede existir un retraso en el inicio de la sintomatología (preparados de liberación modificada, farmacobezoar, espasmo pilórico, etc).</p>
Dosis tóxica	<p>Niños y adultos: 125 mg/kg o 6,5 g</p> <p>A modo orientativo, se puede considerar la potencial toxicidad según la dosis ingerida:</p> <p>Intoxicación leve: 125 – 200 mg/kg</p> <p>Intoxicación moderada: 200 – 300 mg/kg</p> <p>Intoxicación grave: 300 – 500 mg/kg</p> <p>En caso de ingesta voluntaria, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica.</p> <p>En todo paciente sintomático, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica.</p>
Dosis letal	<p>No descrita</p> <p>Dosis altamente tóxicas: 500 mg/kg o 20 g</p>

Pruebas complementarias	<p>ECG y monitorización cardiaca.</p> <p>En todos los pacientes: análisis de sangre con hemograma, estudio de la coagulación, gasometría, iones (Na, Cl, K, Ca, P), lactato, glucosa, cetonemia, urea, creatinina, creatíquinasa y función hepática. Cálculo del anion gap.</p> <p>Concentración plasmática de AAS a las 2 horas en pacientes sintomáticos y a las 4 horas en asintomáticos. Repetir cada 2 horas en los pacientes sintomáticos o en aquellos con concentraciones plasmáticas iniciales ≥ 30 mg/dl (hasta alcanzar el pico e iniciar el descenso).</p> <p>Análisis de orina si aparecen signos de rabdomiolisis.</p> <p>TC craneal si alteración del nivel de conciencia (posible edema cerebral)</p>
Descontaminación	<p>Carbón activado (1 g/kg, máximo 50 g) si han transcurrido < 2 horas tras la ingesta y el paciente tiene la vía aérea estable o protegida. Se puede repetir el carbón activado (0,5 g/kg cada 4 horas, máximo 25 g por dosis) en ingestiones elevadas (por el riesgo de formación de farmacobezoar), si la concentración plasmática continúa en aumento o en presentaciones de liberación sostenida.</p> <p>Considerar la irrigación intestinal si han transcurrido > 2 horas desde la ingestión y se trata de una ingesta altamente tóxica de una presentación de liberación retardada, siempre que el paciente tenga la vía aérea protegida, esté estable hemodinámicamente y sin signos de obstrucción, perforación o íleo intestinal.</p>
Tratamiento de soporte	<ul style="list-style-type: none"> • ABC y monitorización. Evitar la intubación a menos que exista evidencia de fallo respiratorio. La pérdida de la hiperventilación puede producir la muerte. Antes de intubar, debe estar controlada la hipokaliemias y la orina debe estar alcalinizada. Si la intubación es inevitable, usar bloqueantes neuromusculares y altas dosis de sedantes (diazepam) para asegurar la correcta adaptación. Deben hacerse controles repetidos del pH sanguíneo para mantenerlo entre 7,45 – 7,55. • Si vómitos, antes de administrar ondansetrón, asegurarse de la normalidad del QT. Administrar omeprazol para la protección gástrica. • Fluidoterapia para mantener la hidratación y el volumen urinario adecuados (> 1 ml/kg/hora). • Controlar los niveles de potasio añadiendo potasio a la fluidoterapia. • Alcalinización plasmática mediante administración de bicarbonato sódico (para que ésta sea efectiva es fundamental la normopotasemia). • Si agitación, hipertensión o mioclonías: benzodiacepinas i.v. Los sedantes deben ser administrados con precaución por el riesgo de frenar la ventilación. • Si convulsiones: benzodiacepinas i.v. • Tratamiento de la hipertermia: medidas físicas (ventilador, «packs» de hielo en ingles y axilas, baño frío). Sedación con benzodiacepinas.

Antídotos	<p>Bicarbonato sódico</p> <p><i>Indicaciones:</i> pacientes sintomáticos cuyos niveles de salicilato en suero sean > 30 mg/dl y en los casos de sospecha de toxicidad hasta que se puedan obtener los resultados analíticos.</p> <p><i>Dosis:</i> 1 – 2 mEq/kg i.v. (bicarbonato 1M diluido $\frac{1}{2}$) en una hora, se puede repetir la dosis o continuar con suero bicarbonatado para mantener el pH sanguíneo entre 7,45 – 7,55 y el pH urinario entre 7,5 – 8,5.</p>
Depuración extrarrenal	<p>Si (preferible la hemodiálisis intermitente).</p> <p>Indicada en cualquiera de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentración de salicilatos ≥ 100 mg/dl • Concentración de salicilatos ≥ 90 mg/dl junto con alteración de la función renal. • Alteración del nivel de conciencia. • Hipoxemia con necesidad de suplementos de oxígeno. <p>Indicada en cualquiera de las siguientes situaciones tras el fracaso del tratamiento estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentración de salicilatos ≥ 90 mg/dl • Concentración de salicilatos ≥ 80 mg/dl y existe alteración de la función renal. • pH plasmático $\leq 7,20$ <p>La hemodiálisis debe continuar hasta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clara mejoría de los síntomas clínicos. • Concentración de salicilatos < 19 mg/dl o la hemodiálisis se ha realizado durante 4 – 6 horas en los casos en los que la concentración de salicilatos no esté disponible. <p>Una alternativa a la hemodiálisis intermitente, es la hemoperfusión intermitente.</p> <p>Se recomienda continuar el tratamiento con bicarbonato entre las sesiones de hemodiálisis.</p>
Observación – Alta a domicilio	<p>Los pacientes que hayan ingerido una dosis < 125 mg/kg y $< 6,5$ g de forma no intencionada, podrán ser dados de alta si no han presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.</p> <p>En caso de dosis tóxicas (≥ 125 mg/kg o $\geq 6,5$ g), podrán ser dados de alta tras 6 horas de observación, si la concentración plasmática de AAS es < 30 mg/dl (y no hay riesgo de que ésta aumente posteriormente), no han aparecido síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.</p> <p>Si hay riesgo de un aumento tardío de la concentración plasmática (ingestión elevada, co-ingesta de fármacos que retrasan el vaciado gástrico o de presentaciones de liberación retardada) debe obtenerse una segunda determinación de los niveles plasmáticos de AAS para confirmar que éstos van descendiendo, antes de dar el alta.</p>
Nombre	
Ácido acetilsalicílico o aspirina (AAS)	
Presentaciones orales	
Comprimidos 100 mg, 125 mg, 250 mg, 300 mg, 500 mg. Cápsulas de liberación modificada 150 mg, 300 mg.	
Categoría	

A	Analgésicos y antipiréticos.
U	uso en pediatría
T	Tratamiento de los procesos inflamatorios y como anticoagulante.
F	Farmacocinética
P	Pico sérico Concentración plasmática máxima en la primera hora (liberación inmediata), 4 – 6 horas (liberación retardada). En caso de dosis tóxica: 4 – 6 horas (liberación inmediata), 24 horas (liberación retardada).
M	Metabolismo Hepático, rápido a ácido salicílico (metabolito activo). Unión a proteínas plasmáticas (salicilato): 80 – 90 %
V	Vida media 2 – 3 horas tras dosis terapéuticas; 15 – 30 horas tras sobredosis.
D	Vol. distribución 0,17 – 0,20 L/kg a bajas concentraciones, aumenta a 0,30 – 0,50 L/kg a concentraciones más altas.
E	Eliminación Renal (80-100%).
M	Mecanismo de acción Actúa a nivel de las ciclooxygenasas disminuyendo la síntesis de prostaglandinas (acción antipirética y antiinflamatoria) y del tromboxano A2 (acción antiagregante).
T	Toxicología Se produce una alteración de la fosforilación oxidativa en el ciclo de Krebs (aumentan el ácido pirúvico y láctico). Estimula el centro respiratorio (alcalosis respiratoria). En situación de pH ácido, el AAS pasa a su forma no ionizada, liposoluble, que atraviesa libremente las membranas y produce toxicidad en la mayor parte de los órganos, incluido el SNC.
E	Efectos tóxicos
Medicamento altamente tóxico	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Intoxicación leve (concentración plasmática salicilato máxima < 30 mg/dl):</i> anorexia, náuseas, vómitos, dolor epigástrico, <i>tinnitus</i>, sordera. • <i>Intoxicación moderada (concentración plasmática salicilato máxima: 30 – 70 mg/dl):</i> deshidratación, sudoración, taquipnea e hiperpnea, irritabilidad, cefalea, temblor, visión borrosa, agitación, alucinaciones, letargia, alcalosis respiratoria, a veces coexiste con acidosis metabólica. • <i>Intoxicación grave (concentración plasmática salicilato máxima > 70 mg/dl):</i> hipertermia, con fallo general multiorgánico: hepatotoxicidad con elevación de las transaminasas, pancreatitis, hemorragia gastrointestinal (clínica digestiva); estupor, convulsiones, edema cerebral, coma (clínica neurológica); SIADH, acidosis láctica, empeoramiento de la acidosis metabólica con elevación del anión GAP (alteraciones metabólicas); coagulopatía con hipoprotróμbinemia, CID (alteraciones sanguíneas); insuficiencia renal, arritmias, edema pulmonar no cardiógenico, rabdomiolisis. 	
C	Comienzo de síntomas 1 – 2 horas En algunos casos puede existir un retraso en el inicio de la sintomatología (preparados de liberación modificada, farmacobezoar, espasmo pilórico, etc).

Dosis tóxica
Niños y adultos: 125 mg/kg o 6,5 g A modo orientativo, se puede considerar la potencial toxicidad según la dosis ingerida: Intoxicación leve: 125 – 200 mg/kg Intoxicación moderada: 200 – 300 mg/kg Intoxicación grave: 300 – 500 mg/kg En caso de ingesta voluntaria, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica. En todo paciente sintomático, considerar siempre que se trata de una dosis potencialmente tóxica./td>
Dosis letal
No descrita
Dosis altamente tóxicas: 500 mg/kg o 20 g
Pruebas complementarias
ECG y monitorización cardiaca. En todos los pacientes: análisis de sangre con hemograma, estudio de la coagulación, gasometría, iones (Na, Cl, K, Ca, P), lactato, glucosa, cetonemia, urea, creatinina, creatíquinasa y función hepática. Cálculo del anion gap. Concentración plasmática de AAS a las 2 horas en pacientes sintomáticos y a las 4 horas en asintomáticos. Repetir cada 2 horas en los pacientes sintomáticos o en aquellos con concentraciones plasmáticas iniciales \geq 30 mg/dl (hasta alcanzar el pico e iniciar el descenso). Análisis de orina si aparecen signos de rhabdomiolisis. TC craneal si alteración del nivel de conciencia (posible edema cerebral)
Descontaminación
Carbón activado (1 g/kg, máximo 50 g) si han transcurrido < 2 horas tras la ingesta y el paciente tiene la vía aérea estable o protegida. Se puede repetir el carbón activado (0,5 g/kg cada 4 horas, máximo 25 g por dosis) en ingestiones elevadas (por el riesgo de formación de farmacobezoar), si la concentración plasmática continúa en aumento o en presentaciones de liberación sostenida. Considerar la irrigación intestinal si han transcurrido > 2 horas desde la ingestión y se trata de una ingesta altamente tóxica de una presentación de liberación retardada, siempre que el paciente tenga la vía aérea protegida, esté estable hemodinámicamente y sin signos de obstrucción, perforación o íleo intestinal.
Tratamiento de soporte

- ABC y monitorización. Evitar la intubación a menos que exista evidencia de fallo respiratorio. La pérdida de la hiperventilación puede producir la muerte. Antes de intubar, debe estar controlada la hipokaliemia y la orina debe estar alcalinizada. Si la intubación es inevitable, usar bloqueantes neuromusculares y altas dosis de sedantes (diazepam) para asegurar la correcta adaptación. Deben hacerse controles repetidos del pH sanguíneo para mantenerlo entre 7,45 – 7,55.
- Si vómitos, antes de administrar ondansetrón, asegurarse de la normalidad del QT. Administrar omeprazol para la protección gástrica.
- Fluidoterapia para mantener la hidratación y el volumen urinario adecuados ($> 1 \text{ ml/kg/hora}$).
- Controlar los niveles de potasio añadiendo potasio a la fluidoterapia. .
- Alcalinización plasmática mediante administración de bicarbonato sódico (para que ésta sea efectiva es fundamental la normopotasemia).
- Si agitación, hipertensión o mioclonías: benzodiacepinas i.v. Los sedantes deben ser administrados con precaución por el riesgo de frenar la ventilación.
- Si convulsiones: benzodiacepinas i.v.
- Tratamiento de la hipertermia: medidas físicas (ventilador, “packs» de hielo en ingles y axilas, baño frío). Sedación con benzodiacepinas.

Antídotos

Bicarbonato sódico

Indicaciones: pacientes sintomáticos cuyos niveles de salicilato en suero sean $> 30 \text{ mg/dl}$ y en los casos de sospecha de toxicidad hasta que se puedan obtener los resultados analíticos.

Dosis: 1 – 2 mEq/kg i.v. (bicarbonato 1M diluido $\frac{1}{2}$) en una hora, se puede repetir la dosis o continuar con suero bicarbonatado para mantener el pH sanguíneo entre 7,45 – 7,55 y el pH urinario entre 7,5 – 8,5.

Depuración extrarrenal

Si (preferible la hemodiálisis intermitente).

Indicada en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Concentración de salicilatos $\geq 100 \text{ mg/dl}$
- Concentración de salicilatos $\geq 90 \text{ mg/dl}$ junto con alteración de la función renal.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Hipoxemia con necesidad de suplementos de oxígeno.

Indicada en cualquiera de las siguientes situaciones tras el fracaso del tratamiento estándar:

- Concentración de salicilatos $\geq 90 \text{ mg/dl}$
- Concentración de salicilatos $\geq 80 \text{ mg/dl}$ y existe alteración de la función renal.
- pH plasmático $\leq 7,20$

La hemodiálisis debe continuar hasta:

- Clara mejoría de los síntomas clínicos.
- Concentración de salicilatos $< 19 \text{ mg/dl}$ o la hemodiálisis se ha realizado durante 4 – 6 horas en los casos en los que la concentración de salicilatos no esté disponible.

Una alternativa a la hemodiálisis intermitente, es la hemoperfusión intermitente.

Se recomienda continuar el tratamiento con bicarbonato entre las sesiones de hemodiálisis.

Observación –Alta a domicilio

Los pacientes que hayan ingerido una dosis < 125 mg/kg y < 6,5 g de forma no intencionada, podrán ser dados de alta si no han presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.

En caso de dosis tóxicas (\geq 125 mg/kg o \geq 6,5 g), podrán ser dados de alta tras 6 horas de observación, si la concentración plasmática de AAS es < 30 mg/dl (y no hay riesgo de que ésta aumente posteriormente), no han aparecido síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales.

Si hay riesgo de un aumento tardío de la concentración plasmática (ingestión elevada, co-ingesta de fármacos que retrasan el vaciado gástrico o de presentaciones de liberación retardada) debe obtenerse una segunda determinación de los niveles plasmáticos de AAS para confirmar que éstos van descendiendo, antes de dar el alta.td>

Fuentes: National Poison Information Service. Toxbase. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. IBM Micromedex Poisindex. Goldfrank's toxicologic emergencies. 11th ed. 2019. Red de Antídotos Grupo de trabajo de Antídotos de la SEFH-SCFC. EXTRIP WorkGroup Recommendations. UpToDate.

Categorías

Categorías ▼

Tóxicos

A

- [Acenocumarol](#)
- [Aciclovir](#)
- [Ácido acetil salicílico](#)
- [Agomelatina](#)
- [Alopurinol](#)
- [Alprazolam](#)
- [Amitriptilina](#)
- [Amlodipino](#)
- [Amoxicilina](#)
- [Amoxicilina-ácido clavulánico](#)
- [Anticonceptivos](#)
- [Aripiprazol](#)
- [Atenolol](#)
- [Atomoxetina](#)
- [Atorvastatina](#)
- [Azelastina](#)
- [Azitromicina](#)

B

- [Baclofeno](#)
- [Benzocaína](#)
- [Bicarbonato sódico](#)

- [Bilastina](#)
- [Biperideno](#)
- [Bisacodilo](#)
- [Bisoprolol](#)
- [Brivaracetam](#)
- [Bromazepam](#)
- [Bupivacaína](#)
- [Buprenorfina](#)
- [Bupropion](#)
- [Butilescopolamina](#)

C

- [Canagliflozina](#)
- [Candesartán cilexetilo](#)
- [Capsaicina](#)
- [Captopril](#)
- [Carbamazepina](#)
- [Carbocisteína](#)
- [Carvedilol](#)
- [Cetirizina](#)
- [Ciclobenzaprina](#)
- [Cinarizina](#)
- [Ciproheptadina](#)
- [Citalopram](#)
- [Claritromicina](#)
- [Clobazam](#)
- [Clometiazol](#)
- [Clomipramina](#)
- [Clonazepam](#)
- [Clonidina](#)
- [Clorazepato dipotásico](#)
- [Clorfeniramina](#)
- [Cloroquina](#)
- [Clorpromazina](#)
- [Clotiapina](#)
- [Clotrimazol](#)
- [Clozapina](#)
- [Codeína](#)
- [Colchicina](#)

D

- [Dapagliflozina](#)
- [Dapsone](#)
- [Deflazacort](#)
- [Desloratadina](#)
- [Desvenlafaxina](#)
- [Dexametasona](#)

- [Dexclorfeniramina](#)
- [Dexketoprofeno](#)
- [Dextrometorfano](#)
- [Diazepam](#)
- [Diclofenaco](#)
- [Difenhidramina](#)
- [Digoxina](#)
- [Dihidrocoloruro de betahistina](#)
- [Diltiazem](#)
- [Dimenhidrinato](#)
- [Dimeticona](#)
- [Doxepina](#)
- [Doxilamina](#)
- [Duloxetina](#)

E

- [Ebastina](#)
- [Efedrina](#)
- [Empagliflozina](#)
- [Enalapril](#)
- [Eprosartán mesilato](#)
- [Escitalopram](#)
- [Escopolamina hidrobromuro](#)
- [Eslicarbazepina](#)
- [Etoricoxib](#)
- [Etosuximida](#)

F

- [Famciclovir](#)
- [Fampridina](#)
- [Felodipino](#)
- [Fenilefrina](#)
- [Fenitoína](#)
- [Fenobarbital](#)
- [Fenofibrato](#)
- [Fentanilo](#)
- [Fexofenadina](#)
- [Flecainida](#)
- [Fluconazol](#)
- [Flunarizina](#)
- [Flúor](#)
- [Flurazepam](#)
- [Fluoxetina](#)
- [Fluvoxamina](#)
- [Fosfato sódico \(enema\)](#)
- [Furosemida](#)

G

- [Gabapentina](#)
- [Ganciclovir](#)
- [Glibenclamida](#)
- [Gliclazida](#)
- [Glimepirida](#)
- [Glipizida](#)
- [Granisetrón](#)
- [Guaifenesina](#)
- [Guanfacina](#)

H

- [Haloperidol](#)
- [Hidroclorotiazida](#)
- [Hidrocloruro de amiodarona](#)
- [Hidromorfona](#)
- [Hidroxizona](#)
- [Hidroxicloroquina](#)
- [Hierro](#)

i

- [Ibuprofeno](#)
- [Imipramina](#)
- [Insulina](#)
- [Irbesartán](#)
- [Isoniacida](#)
- [Ivabradina](#)
- [Ivermectina](#)

K

- [Ketamina](#)
- [Ketazolam](#)
- [Ketotifeno](#)

L

- [Labetalol](#)
- [Lacosamida](#)
- [Lamotrigina](#)
- [Lansoprazol](#)
- [Levetiracetam](#)
- [Levocetirizina](#)
- [Levomepromazina](#)

- [Levotiroxina sódica](#)
- [Lidocaína](#)
- [Liraglutida](#)
- [Lisdexanfetamina dimexilato](#)
- [Lisinopril](#)
- [Litio](#)
- [Loperamida](#)
- [Loratadina](#)
- [Lorazepam](#)
- [Lormetazepam](#)
- [Losartán](#)

M

- [Mefenámico, ácido](#)
- [Melatonina](#)
- [Metadona](#)
- [Metamizol sódico](#)
- [Metformina](#)
- [Metilfenidato hidrocloruro](#)
- [Metoclopramida](#)
- [Metoprolol](#)
- [Metronidazol](#)
- [Miconazol](#)
- [Midazolam](#)
- [Mirtazapina](#)
- [Montelukast](#)
- [Morfina](#)

N

- [N-Acetyl Cisteína \(NAC\)](#)
- [Naproxeno](#)
- [Nebivolol](#)
- [Nicardipino](#)
- [Nicotina](#)
- [Nifedipino](#)
- [Nimodipino](#)
- [Nitroglicerina](#)

O

- [Olanzapina](#)
- [Omeprazol](#)
- [Olmesartán medoxomilo](#)
- [Ondansetron](#)
- [Oxcarbazepina](#)
- [Oxicodona](#)

- [Oximetazolina](#)

P

- [Paliperidona](#)
- [Pantoprazol](#)
- [Paracetamol](#)
- [Paroxetina](#)
- [Perampanel](#)
- [Perfenazina](#)
- [Periciazina](#)
- [Pioglitazona](#)
- [Piroxicam](#)
- [Praziquantel](#)
- [Prednisona](#)
- [Pregabalina](#)
- [Propafenona](#)
- [Propofol](#)
- [Propranolol](#)
- [Pseudeofedrina](#)

Q

- [Quetiapina](#)

R

- [Ramipril](#)
- [Ranitidina](#)
- [Repaglinida](#)
- [Risperidona](#)
- [Rivastigmina](#)
- [Rosuvastatina](#)

S

- [Salbutamol](#)
- [Sertralina](#)
- [Sildenafil](#)
- [Simeticona](#)
- [Simvastatina](#)
- [Sitagliptina](#)
- [Solifenacina](#)
- [Sotalol](#)
- [Sulpirida](#)

T

- [Tapentadol](#)
- [Telmisartán](#)
- [Teofilina](#)
- [Terbutalina](#)
- [Tiagabina](#)
- [Tianeptina](#)
- [Tioconazol](#)
- [Topiramato](#)
- [Tramadol](#)
- [Trazodona](#)

V

- [Valaciclovir](#)
- [Valganciclovir](#)
- [Valproico, ácido](#)
- [Valsartán](#)
- [Venlafaxina](#)
- [Verapamilo](#)
- [Vildagliptina](#)
- [Vigabatrina](#)
- [Vitamina A](#)
- [Vitamina D](#)
- [Vortioxetina](#)

Z

- [Ziprasidona](#)
- [Zolpidem](#)
- [Zonisamida](#)
- [Zopiclona](#)