

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

Seleccionar página

# Dextrometorfano

## Dextrometorfano

[Antitusígenos](#)

Buscar:  Botón de búsqueda 

| Nombre                | Dextrometorfano   |
|-----------------------|---|
| Presentaciones orales | Solución oral 1 mg/ml, 1,5 mg/ml, 2 mg/ml, 3 mg/ml, 15 mg/ml. Comprimidos 7,33 mg, 10 mg, 15 mg. Sobres 15 mg. Cápsulas 15 mg. Este fármaco forma parte de medicamentos compuestos. |
| Categoría             | Alcaloide opiáceo análogo de codeína.   |
| Uso en pediatría      | Tratamiento sintomático de la tos improductiva en niños mayores de 2 años. Contraindicado su uso en menores de 2 años (AEMPS).  |
| Farmacocinética       |   |
| Pico sérico           | Concentración plasmática máxima a las 2 horas.  |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Metabolismo         | <p>Extenso y rápido en el hígado por CYP2D6 y CYP34A, dando lugar a varios metabolitos desmetilados. El mayoritario es el dextrorfanano, parcialmente activo.</p> <p>En la población existen “metabolizadores lentos” de CYP2D6 (10%), que pueden experimentar efectos del dextrometorfanano aumentados o prolongados.</p>   |
| Vida media          | <p>Variable.</p> <p>“Metabolizadores rápidos”: 6 horas</p> <p>“Metabolizadores lentos”: 40 horas</p>   |
| Vol. distribución   | 7,3 L/kg   |
| Eliminación         | Renal  |
| Mecanismo de acción | <p>Análogo de la codeína, produce depresión del centro medular de la tos. A diferencia de la codeína, carece de efectos narcóticos o depresores del centro respiratorio.</p>   |
| Toxicología         | <p>Debido a su afinidad por los receptores de serotonina se producen efectos serotoninérgicos, más intensos con la administración concomitante de otros agentes serotoninérgicos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, IMAO y los inhibidores de CYP2D6). Por inhibición de los receptores N-metil D-aspartato pueden producir efectos disociativos.</p> |

|                      |   |
|----------------------|---|
| Efectos tóxicos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los “metabolizadores lentos” pueden tener efectos muy intensos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Clínica neurológica</i>: midriasis (más frecuente) o miosis, nistagmo, visión borrosa, euforia, nerviosismo, irritabilidad, temblor, hiperreflexia, distonía y discinesia, ataxia, disartria, estupor, confusión, alucinaciones, psicosis, agitación, convulsiones, coma y depresión respiratoria.</li> <li>• <i>Clínica cardiovascular</i>: taquicardia, prolongación del QT, hipertensión (frecuente) o hipotensión arterial; puede haber paro cardíaco.</li> </ul> </li> <li>• <i>Otros</i>: vómitos, boca seca, rubor facial, hipertermia (más frecuente, puede ser grave) o hipotermia, acidosis metabólica, urticaria. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden desencadenar un síndrome serotoninérgico con disfunción autonómica (taquicardia, taquipnea, diaforesis, rubor facial, hipertermia), alteración del nivel de conciencia y signos motores o extrapiramidales (clonus, hiperreflexia, mioclonías, rigidez y temblor).</li> </ul> </li> </ul> |
| Comienzo de síntomas | 15 – 30 minutos   |
| Dosis tóxica         | <p>Niños: cualquier dosis puede ser tóxica.<br/> Adultos: 4 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          | No descrita   |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <p>Pruebas complementarias</p> | <p>ECG y monitorización cardíaca.<br/>Si aparece clínica de toxicidad o se trata de una dosis potencialmente tóxica: análisis de sangre con hemograma, gasometría, iones (Na, K, Cl), glucosa, urea y creatinina.</p> |
| <p>Descontaminación</p>        | <p>Carbón activado (1 g/kg, máximo 50 g) si han transcurrido &lt; 2 horas tras la ingesta y el paciente tiene la vía aérea estable o protegida.</p>   |

Tratamiento de soporte

- ABC y monitorización. En caso de parada cardiorrespiratoria, mantener las maniobras de reanimación como mínimo 1 hora.
  - Si vómitos, antes de administrar ondansetrón, asegurarse de la normalidad del QT.
- Si persiste la acidosis metabólica tras la corrección de la hipoxia y la fluidoterapia: bicarbonato sódico i.v.
  - Si QT prolongado: corregir los electrolitos (K, Ca, Mg), la acidosis y la hipoxia.
  - Si *torsade de pointes*: sulfato de magnesio i.v.
- Si agitación, hipertonía, mioclonías o convulsiones: benzodiazepinas i.v.
- Si rabdomiolisis: fluidoterapia con suero salino fisiológico para mantener una diuresis de 3 – 4 ml/kg/hora en niños y 200 ml/h en adolescentes (aproximadamente 2 veces las necesidades basales). Control de creatinina y signos de insuficiencia renal.
  - Si hipertermia: medidas físicas (ventilador, «packs» de hielo en ingles y axilas, baño helado) junto con sedación con benzodiazepinas i.v.
- Síndrome serotoninérgico: estabilización (ABC). Hidratación. Benzodiazepinas i.v. si existe agitación, mioclonías, convulsiones o hipertermia. Medidas físicas para disminuir la temperatura. Puede ser necesaria la parálisis e intubación. En casos graves, administrar ciproheptadina (0,25 mg/kg/día, máximo 12 g, por sonda nasogástrica, repartido en 4 dosis).

|  |  |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Antídotos</b></p>                      | <p style="text-align: center;"><b>Naloxona</b></p> <p><i>Indicaciones:</i> solo si existen signos de depresión respiratoria o vómitos con alteración del nivel de conciencia y riesgo de broncoaspiración.</p> <p><i>Dosis:</i> si no hay sospecha de consumo crónico: 0,1 mg/kg i.v. (máximo: 2 mg). Si se sospecha consumo crónico 0,4 mg. Si no hay respuesta repetir cada 2 – 3 minutos hasta un máximo de 10 mg. Si se requiere infusión continua: iniciar con el 60 % de la dosis inicial efectiva, por hora. El uso de flumazenilo está contraindicado por el riesgo de convulsiones.</p>   |
| <p style="text-align: center;"><b>Depuración extrarrenal</b></p>         | <p style="text-align: center;">No</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>Observación – Alta a domicilio</b></p> | <p>Los niños podrán ser dados de alta, si no existen otros criterios de ingreso, tras 6 horas de observación, si no han presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales. La observación debe ser más prolongada en la ingesta de dosis muy elevadas.</p> <p>En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta &lt; 4 mg/kg, de forma no intencionada, el paciente puede ser dado de alta si no ha presentado síntomas, las constantes y el ECG son normales. En caso de dosis tóxica (<math>\geq</math> 4 mg/kg), podrá ser dado de alta tras 6 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales. La observación debe ser más prolongada en la ingesta de dosis muy elevadas.</p> |
| <p style="text-align: center;"><b>Nombre</b></p>                         |  |

|   |
|---|
| Dextrometorfano   |
| Presentaciones orales   |
| Solución oral 1 mg/ml, 1,5 mg/ml, 2 mg/ml, 3 mg/ml, 15 mg/ml.<br>Comprimidos 7,33 mg, 10 mg, 15 mg. Sobres 15 mg. Cápsulas 15 mg.<br>Este fármaco forma parte de medicamentos compuestos.   |
| Categoría   |
| Alcaloide opiáceo análogo de codeína.   |
| Uso en pediatría  |
| Tratamiento sintomático de la tos improductiva en niños mayores de 2 años. Contraindicado su uso en menores de 2 años (AEMPS).  |
| Farmacocinética   |
| Pico sérico   |
| Concentración plasmática máxima a las 2 horas.  |
| Metabolismo   |
| Extenso y rápido en el hígado por CYP2D6 y CYP3A4, dando lugar a varios metabolitos desmetilados. El mayoritario es el dextrorfano, parcialmente activo.<br>En la población existen "metabolizadores lentos" de CYP2D6 (10%), que pueden experimentar efectos del dextrometorfano aumentados o prolongados. |
| Vida media  |
| Variable.<br>"Metabolizadores rápidos": 6 horas<br>"Metabolizadores lentos": 40 horas   |
| Vol. distribución   |
| 7,3 L/kg  |
| Eliminación   |
| Renal   |
| Mecanismo de acción   |

Análogo de la codeína, produce depresión del centro medular de la tos. A diferencia de la codeína, carece de efectos narcóticos o depresores del centro respiratorio.

#### Toxicología

Debido a su afinidad por los receptores de serotonina se producen efectos serotoninérgicos, más intensos con la administración concomitante de otros agentes serotoninérgicos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, IMAO y los inhibidores de CYP2D6). Por inhibición de los receptores N-metil D-aspartato pueden producir efectos disociativos.

#### Efectos tóxicos

- Los “metabolizadores lentos” pueden tener efectos muy intensos.
- *Clínica neurológica*: midriasis (más frecuente) o miosis, nistagmo, visión borrosa, euforia, nerviosismo, irritabilidad, temblor, hiperreflexia, distonía y discinesia, ataxia, disartria, estupor, confusión, alucinaciones, psicosis, agitación, convulsiones, coma y depresión respiratoria.
- *Clínica cardiovascular*: taquicardia, prolongación del QT, hipertensión (frecuente) o hipotensión arterial; puede haber paro cardíaco.
- *Otros*: vómitos, boca seca, rubor facial, hipertermia (más frecuente, puede ser grave) o hipotermia, acidosis metabólica, urticaria.
- Pueden desencadenar un síndrome serotoninérgico con disfunción autonómica (taquicardia, taquipnea, diaforesis, rubor facial, hipertermia), alteración del nivel de conciencia y signos motores o extrapiramidales (clonus, hiperreflexia, mioclonías, rigidez y temblor).

#### Comienzo de síntomas

15 – 30 minutos

#### Dosis tóxica



Niños: cualquier dosis puede ser tóxica.

Adultos: 4 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.

Dosis letal

No descrita

Pruebas complementarias

ECG y monitorización cardíaca.

Si aparece clínica de toxicidad o se trata de una dosis potencialmente tóxica: análisis de sangre con hemograma, gasometría, iones (Na, K, Cl), glucosa, urea y creatinina.

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.

Tratamiento de soporte

- ABC y monitorización. En caso de parada cardiorrespiratoria, mantener las maniobras de reanimación como mínimo 1 hora.
- Si vómitos, antes de administrar ondansetrón, asegurarse de la normalidad del QT.
- Si persiste la acidosis metabólica tras la corrección de la hipoxia y la fluidoterapia: bicarbonato sódico i.v.
- Si QT prolongado: corregir los electrolitos (K, Ca, Mg), la acidosis y la hipoxia.
  - Si *torsade de pointes*: sulfato de magnesio i.v.
  - Si agitación, hipertonía, mioclonías o convulsiones: benzodiacepinas i.v.
  - Si rabdomiolisis: fluidoterapia con suero salino fisiológico para mantener una diuresis de 3 – 4 ml/kg/hora en niños y 200 ml/h en adolescentes (aproximadamente 2 veces las necesidades basales). Control de creatinina y signos de insuficiencia renal.
  - Si hipertermia: medidas físicas (ventilador, «packs» de hielo en ingles y axilas, baño helado) junto con sedación con benzodiacepinas i.v.
  - Síndrome serotoninérgico: estabilización (ABC).  
Hidratación. Benzodiacepinas i.v. si existe agitación, mioclonías, convulsiones o hipertermia. Medidas físicas para disminuir la temperatura. Puede ser necesaria la parálisis e intubación. En casos graves, administrar ciproheptadina (0,25 mg/kg/día, máximo 12 g, por sonda nasogástrica, repartido en 4 dosis).

Antídotos

## Naloxona

*Indicaciones:* solo si existen signos de depresión respiratoria o vómitos con alteración del nivel de conciencia y riesgo de broncoaspiración.

*Dosis:* si no hay sospecha de consumo crónico: 0,1 mg/kg i.v. (máximo: 2 mg). Si se sospecha consumo crónico 0,4 mg. Si no hay respuesta repetir cada 2 – 3 minutos hasta un máximo de 10 mg. Si se requiere infusión continua: iniciar con el 60 % de la dosis inicial efectiva, por hora.

El uso de flumazenilo está contraindicado por el riesgo de convulsiones.

Depuración extrarrenal

No

Observación – Alta a domicilio

Los niños podrán ser dados de alta, si no existen otros criterios de ingreso, tras 6 horas de observación, si no han presentado síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales. La observación debe ser más prolongada en la ingesta de dosis muy elevadas.

En población adulta se considera que, si se ha producido una ingesta < 4 mg/kg, de forma no intencionada, el paciente puede ser dado de alta si no ha presentado síntomas, las constantes y el ECG son normales. En caso de dosis tóxica ( $\geq$  4 mg/kg), podrá ser dado de alta tras 6 horas de observación, si no han aparecido síntomas, las constantes vitales y el ECG son normales. La observación debe ser más prolongada en la ingesta de dosis muy elevadas.

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. UpToDate.*

# Categorías

Categorías  ▼

Tóxicos

## A

- [Acenocumarol](#)
- [Ácido acetyl salicílico](#)
- [Alprazolam](#)
- [Amitriptilina](#)
- [Amlodipino](#)
- [Aripiprazol](#)
- [Atenolol](#)
- [Atomoxetina](#)

## B

- [Baclofeno](#)
- [Benzocaína](#)
- [Bicarbonato sódico](#)
- [Bisoprolol](#)
- [Bromazepam](#)
- [Buprenorfina](#)
- [Bupropion](#)

## C

- [Canagliflozina](#)
- [Captopril](#)
- [Carbamazepina](#)
- [Carvedilol](#)
- [Cetirizina](#)
- [Ciclobenzaprina](#)
- [Citalopram](#)
- [Clometiazol](#)

- [Clomipramina](#)
- [Clonazepam](#)
- [Clonidina](#)
- [Clorfeniramina](#)
- [Cloroquina](#)
- [Clorpromazina](#)
- [Clozapina](#)
- [Codeína](#)
- [Colchicina](#)

## D

- [Dapagliflozina](#)
- [Dapsona](#)
- [Desloratadina](#)
- [Dexclorfeniramina](#)
- [Dexketoprofeno](#)
- [Dextrometorfano](#)
- [Diazepam](#)
- [Diclofenaco](#)
- [Difenhidramina](#)
- [Diltiazem](#)
- [Dimenhidrinato](#)
- [Doxepina](#)
- [Doxilamina](#)

## E

- [Efedrina](#)
- [Empagliflozina](#)
- [Enalapril](#)
- [Escitalopram](#)
- [Etosuximida](#)

## F

- [Fampridina](#)
- [Felodipino](#)
- [Fenilefrina](#)
- [Fenitoína](#)
- [Fenobarbital](#)
- [Fentanilo](#)
- [Fexofenadina](#)
- [Flecainida](#)
- [Flúor](#)
- [Fluoxetina](#)
- [Fluvoxamina](#)
- [Furosemida](#)

## **G**

- [Gabapentina](#)
- [Glibenclamida](#)
- [Gliclazida](#)
- [Glipizida](#)

## **H**

- [Haloperidol](#)
- [Hidromorfona](#)
- [Hidroxizina](#)
- [Hidroxicloroquina](#)
- [Hierro](#)

## **i**

- [Ibuprofeno](#)
- [Imipramina](#)
- [Isoniacida](#)
- [Ivermectina](#)

## K

- [Ketotifeno](#)

## L

- [Labetalol](#)
- [Lamotrigina](#)
- [Levetiracetam](#)
- [Levocetirizina](#)
- [Lisdexanfetamina dimexilato](#)
- [Loratadina](#)
- [Lorazepam](#)
- [Lormetazepam](#)
- [Losartán](#)

## M

- [Mefenámico, ácido](#)
- [Melatonina](#)
- [Metadona](#)
- [Metamizol sódico](#)
- [Metformina](#)
- [Metilfenidato hidrocloreuro](#)
- [Metoprolol](#)
- [Montelukast](#)
- [Morfina](#)

## N

- [Naproxeno](#)
- [Nebivolol](#)
- [Nicardipino](#)
- [Nifedipino](#)
- [Nimodipino](#)
- [Nitroglicerina](#)

## O

- [Olanzapina](#)
- [Omeprazol](#)
- [Oxcarbazepina](#)
- [Oxicodona](#)
- [Oximetazolina](#)

## P

- [Pantoprazol](#)
- [Paracetamol](#)
- [Paroxetina](#)
- [Pioglitazona](#)
- [Piroxicam](#)
- [Pregabalina](#)
- [Propafenona](#)
- [Propranolol](#)
- [Pseudoefedrina](#)

## Q

- [Quetiapina](#)

## R

- [Ranitidina](#)
- [Risperidona](#)
- [Rivastigmina](#)

## S

- [Salbutamol](#)
- [Sertralina](#)
- [Sildenafil](#)
- [Sotalol](#)



- [Sulpirida](#)

## T

- [Tapentadol](#)
- [Teofilina](#)
- [Terbutalina](#)
- [Tiagabina](#)
- [Topiramato](#)
- [Tramadol](#)

## V

- [Valproico, ácido](#)
- [Valsartán](#)
- [Verapamilo](#)
- [Vigabatrina](#)
- [Vitamina A](#)
- [Vitamina D](#)

## Z

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

© 2024 SEUP - [Aviso legal](#) | [Política de Privacidad](#) | [Política de cookies](#)

