

Caso clínico

Tos irritativa en paciente en deshabituación de opiáceos y benzodiacepinas

Dr. José David Maya Viejo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Camas, Sevilla

ALGORTOS
Algoritmos que deciden contigo

Avalado por:
SEMERGEN AP
CNC 2026-00081

ES-BR-FLUT-2342-v1 05-26

Paciente

Varón de 56 años, con antecedentes de asma estacional, rinoconjuntivitis alérgica, tabaquismo (20 paquetes-año) y consumo previo de heroína y benzodiacepinas, actualmente en programa de deshabituación con metadona.

En tratamiento con metadona, sertralina y trazodona.

Motivo de consulta

Tos persistente sin expectoración de 4 días, acompañada de rinitis acuosa, estornudos y molestias faríngeas.

Cuadro compatible con rinosinusitis estacional leve.[1,2]

Valoración clínica

- Buen estado general, afebril.
- Rinitis acuosa bilateral y orofaringe eritematosa.
- Sibilancias bilaterales leves.
- Sin signos de alarma.

- Paciente en deshabituación ⟹ **evitar opioides** por riesgo de depresión respiratoria, sedación y recaída.[8,9,10,12]
- Tratamiento con **ISRS + trazodona** ⟹ riesgo de síndrome serotoninérgico con dextrometorfano.[14]
- **Necesidad de un antitusivo no opioide**, no depresor respiratorio, sin riesgo de dependencia y sin interferencia en controles toxicológicos.[7-12,23-25]

Abordaje terapéutico

1. Medidas de soporte.[3,4,5,16]
2. **Paracetamol 650 mg/8 h** si molestias faríngeas.[5,21]
3. **Selección de antitusivo** con bajo riesgo de sedación y sin riesgo serotoninérgico.[12-16]
4. Inicio de **cloperastina** según ficha técnica.[15,17,18,22]

Evolución

48-72 horas:
· Mejoría de la tos irritativa.
· Sin sedación ni interferencias en controles toxicológicos.
· Sin empeoramiento respiratorio.

7 días:
· Resolución del cuadro.
· Continuación del programa de deshabituación sin incidencias.

COMENTARIO CLÍNICO

"En pacientes en deshabituación, el objetivo principal es controlar la tos sin interferir con el proceso terapéutico, evitando fármacos con potencial de dependencia, recaída o interferencia en controles toxicológicos.[7-12,23-25]

Lo importante no es solo tratar la tos, sino no hacer retroceder al paciente."[15-18,22]

Material exclusivo para profesional sanitario. La elección del tratamiento debe basarse en la ficha técnica vigente y en el juicio clínico del profesional.

ALGOR TOS
Algoritmos que deciden contigo

Manejo de la tos irritativa en paciente en deshabituación de opiáceos y benzodiacepinas

Inicio

Evaluación inicial

¿Presenta signos de alarma?[3-5,16]
- Disnea importante
- Fiebre > 38,5 ºC
- Hemoptisis
- Dolor torácico
- Alteración del nivel de conciencia
- Agudización asmática

Sí → **Derivación urgente**
- Estudio preferente

No

¿La tos es molesta?[3,4,6,16]
(Interfiere con descanso o calidad de vida)

No → **Medidas no farmacológicas**

Sí

¿Tos seca/irritativa?[3,4,6,16,20]

No →
- No usar antitusivos
- Tratar causa

Sí

Considerar antitusivo adecuado al perfil del paciente[3,6,16,20]

EVALUACIÓN DE RIESGO ESPECÍFICO
Paciente en deshabituación de opiáceos/BZD[7-10,12]

No → Seleccionar antitusivo adecuado al perfil del paciente y continuar con la reevaluación

Sí

Evitar:
- Opioides (codeína, dihidrocodeína)[8-10,12]
- Depresión respiratoria[8-10,12]
- Sedación[8-10,12]
- Riesgo de recaída[8-10]
- Positivos en controles toxicológicos[7,11,23-25]
- Dextrometorfano[13,14]
- Riesgo serotoninérgico (sertralina + trazodona)[14]
- Potencial de abuso[8,9,13]
- Antihistamínicos sedantes/antitusivos centrales[12,13,16]
- Somnolencia[12,13,16]
- Potenciación del efecto depresor del SNC[12,13,16]

Priorizar antitusivos:
- No opioides[8-10,12]
- No depresores respiratorios[8-10,12]
- Sin riesgo de dependencia[8-10,12]
- Sin interferencia en pruebas toxicológicas[7,11,23-25]
- Con buen perfil de tolerabilidad[15,17,18,22]

Opción a considerar: **cloperastina**[15,17,18,22]

Reevaluación (48-72 h / máx. 5-7 días)[3,5,16,21]

Si mejora:
- Mantener hasta 5-7 días
- Suspender posteriormente

Si no mejora o empeora:
- Reevaluar diagnóstico
- No escalar a antitusivos opioides

Inicio · Acción · Decisión · Recomendación · Advertencia

Escanea para ver el videoalgoritmo de decisión

Bibliografía: 1. Atipas K, Suwanwech T, Kanjanawasee D, et al. Current perspectives on rhinitis, postnasal drip, and cough. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2026;34:1-7. 2. Rouadi PW, Idriss SA, Bousquet J, et al. WAO–ARIA consensus on chronic cough – Part II. World Allergy Organ J. 2021;14:100618. 3. Morice AH, Millqvist E, Bieksiene K, et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. Eur Respir J. 2020;55:1901136. 4. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006;129(1 Suppl):1S-23S. 5. NICE. Cough (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline [NG120]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2019. 6. Dicpinigaitis PV. Cough: an unmet clinical need. Br J Pharmacol. 2011;163(1):116-24. 7. SAMHSA. Clinical Drug Testing in Primary Care. Technical Assistance Publication (TAP) 32. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2012. 8. SAMHSA. TIP 63: Medications for Opioid Use Disorder. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2018. 9. American Society of Addiction Medicine (ASAM). National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. Rockville, MD: ASAM; 2020. 10. World Health Organization (WHO). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Geneva: WHO; 2009. 11. Moeller KE, Lee KC, Kissack JC. Urine drug screening: practical guide for clinicians. Mayo Clin Proc. 2008;83(1):66-76. 12. Food and Drug Administration (FDA). FDA Drug Safety Communication: FDA warns about serious risks and death when combining opioid pain or cough medicines with benzodiazepines. Silver Spring (MD): FDA; 2016. 13. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(11):CD001831. 14. Boyer EW, Shannon M. The serotonin syndrome. N Engl J Med. 2005;352(11):1112-20. 15. Catania MA, Cuzzocrea S. Pharmacological and clinical overview of cloperastine in treatment of cough. Pulm Pharmacol Ther. 2011;24(3):318-23. 16. De Blasio F, Dicpinigaitis PV, Rubin BK, et al. Cough management: a practical approach. Cough. 2011;7:7. 17. Matthys H, Bleicher B, Bleicher U. Antitussive e¬cacy of levodropropizine compared with dextromethorphan and cloperastine in adult patients with acute cough. Pulm Pharmacol Ther. 1998;11(2):95-101. 18. AEMPS. Cloperastina Normon 3,54 mg/ml suspensión oral. Ficha técnica. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2019. 19. AEMPS. Flutox 10 mg comprimidos recubiertos. Ficha técnica. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2020. 20. K, Shen H, Zhou X, et al. Clinical practice guidelines for diagnosis and management of cough—Chinese Thoracic Society (CTS) Asthma Consortium. J Thorac Dis. 2018;10(11):6314-35. 21. DeGeorge KC, Ring DJ, Dalrymple SN. Treatment of the common cold. Am Fam Physician. 2019;100(5):281-9. 22. Luo HY, Wang J, Zhang K, et al. Pharmacokinetics, bioequivalence and safety of cloperastine in healthy Chinese subjects. Drugs R D. 2022;22(3):229-39. 23. EMCDDA. Drug Testing: A Technical Guide. Luxembourg: Publications O¬ce of the European Union; 2022. 24. UNODC. Guidelines on Drug Testing. Vienna: United Nations O¬ce on Drugs and Crime; 2010. 25. WADA. World Anti-Doping Agency Prohibited List. Montreal: WADA; 2023.

Material exclusivo para profesional sanitario. La elección del tratamiento debe basarse en la ficha técnica vigente y en el juicio clínico del profesional.

Zambon