METILFENIDATO

→ Simpaticomimético de acción central.

Efectos clínicos

- Agitación, taquicardia y letargia lo más frecuente después de la exposición accidental al metilfenidato de liberación retardada en los niños.



- Efectos tóxicos sobre el SNC: agitación, movimientos incontrolados, irritabilidad, confusión e insomnio hasta hiperactividad marcada, convulsiones, hipertensión y coma. En algunos casos: somnolencia. En niños: paranoia y conducta auto-destructiva.

- Mal uso intencional del metilfenidato en adolescentes y en adultos que puede dar lugar a toxicidad grave.

Monitorización de laboratorio



- Frecuencia cardiaca y presión arterial.

- Temperatura basal. La hipertermia por encima de 40ºC es grave y se recomienda el enfriamiento y la sedación rápidos.

- Electrolitos séricos, función renal, equilibrio ácido-base y enzimas hepáticos en pacientes con toxicidad grave. CPK en pacientes con agitación prolongada, convulsiones o hipertermia significativa. Niveles de lactato plasmáticos. ECG y monitorización cardiaca continua en los pacientes sintomáticos.

- El metilfenidato no se detecta en muchos ensayos de orina para drogas de abuso.

- Estudios adicionales: recuento y hemograma sanguíneo y radiografía de tórax, perfil de coagulación según indicación clínica.

Resumen del tratamiento
Exposición oral

- ✓ No inducir el vómito
- ✓ Carbón activado
- ✓ Tratar las convulsiones: benzodiacepinas. Si recurren: fenobarbital o propofol
- ✓ Monitorizar: hipotensión, arritmias, depresión respiratoria e indicación de intubación endotraqueal. Evaluar hipoglucemia, alteraciones electrolíticas, hipoxia.

✓ La hipertensión generalmente es transitoria y no requiere tratamiento farmacológico en la gran mayoría de casos. La que requiere tratamiento generalmente responde a la sedación con benzodiacepinas. La hipertensión grave que no responde a la sedación se trata mejor con nitroprusiato, nitroglicerina o fentolamina IV.

✓ Tratar el delirio con benzodiacepinas.

✓ Hipertermia: tratar la agitación con sedación y enfriamiento externo. Acelerar el enfriamiento evaporador por humedecimiento de la piel y abanicos en la habitación. En caso de hipertermia grave: medidas de enfriamiento agresivo mediante colocación del paciente en un baño helado.

✓ Tratamiento sintomático de las arritmias



✓ Rabdomiolisis: Fluidoterapia suficiente para mantener el flujo urinario. Monitorizar electrolitos séricos, CPK y función renal. No se recomienda alcalinización urinaria.

Recomendaciones EAPCCT

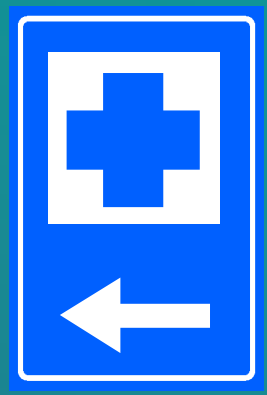
1.- Cualquier exposición intencional debe derivarse a centro sanitario

2.- Se debe conocer:

-El tiempo tras la exposición

-La dosis ingerida

-Presencia de coingestas



3.- Cualquier ingesta de metilfenidato en paciente que ingiere crónicamente IMAOs debe derivarse a centro sanitario

4.- Pacientes que experimenten cualquier cambio en la conducta, agitación moderada a grave, alucinaciones, movimientos musculares anormales, cefalea, dolor torácico, pérdida de consciencia o convulsiones debe derivarse a centro sanitario

5.-Para los pacientes que se deriven al centro sanitario, se debe considerar transporte por ambulancia basados en: la condición del paciente y el tiempo que se tarda en llegar al centro.

6.- Si el paciente está asintomático y han pasado más de 3 horas entre la exposición y la llamada al centro antitóxico, no se recomienda la derivación al centro sanitario



7.- Los pacientes con ingestas agudas o agudas sobre crónicas de menos de una dosis tóxica o exposiciones crónicas asintomáticos o clínica leve pueden ser observados en domicilio con las instrucciones del centro antitóxico, volviendo a llamar si se desarrollan síntomas o empeoramiento. Para las ingestas agudas sobre crónicas, el paciente no debería ingerir metilfenidato en las 24 horas siguientes. Se considera hacer seguimiento a las 3 horas de la ingesta.

8.- Si se ha ingerido un parche, se debe considerar el contenido total del mismo. Si sólo se ha masticado brevemente y el parche permanece intacto, no se considera la derivación a centro sanitario

9.- Para las exposiciones orales, no se debe inducir la emesis

10.- No se debe retrasar la administración de carbón activado antes del traslado a hospital

11.- Las benzodiacepinas sólo deben administrarse por personal sanitario si existe agitación, distonía o convulsiones

12.- El soporte vital cardiaco avanzado se practicará por personal sanitario ante: parada respiratoria, arritmias cardiacas o parada cardiaca.

Aún queda por verificar:

- Las dosis tóxicas del metilfenidato de liberación inmediata, de liberación modificada en adultos y en niños.
- La dosis tóxica de los parches transdérmicos.
- La capacidad de unión del carbón activado al metilfenidato y la extensión en la que se adsorbe.
- El tiempo máximo hasta el comienzo de los síntomas tras la ingesta tóxica de metilfenidato de liberación inmediata y modificada.

Aún queda por verificar:

- El perfil de toxicidad y la dosis tóxica en mujeres gestantes.

- Los efectos adversos de la combinación de metilfenidato e IMAOs.

- La dosis tóxica del dexmetilfenidato así como si el tiempo hasta el comienzo de la clínica observada tras la sobredosis es similar al del metilfenidato.