

Intoxicações exógenas na Sala de Urgência

Autores e Afiliação:

Prof. Dra. Palmira Cupo. Docente do Departamento de Puericultura e Pediatria FMRP - USP. Coordenadora do Centro de Informação Toxicológico de Ribeirão Preto HC-FMRP-USP; Viviane Imaculada do Carmo Custodio. Médica assistente do Centro de Informações Toxicológicas de Ribeirão Preto HC-FMRP-USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Objetivos:

Manejar adequadamente os pacientes vítimas de intoxicações exógenas na Unidade de Emergência.

Data da última alteração: Segunda-feira, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: Quinta-feira, 30 de agosto de 2018

Definição / Quadro Clínico:

Manifestações complexas ou anômalas, agravo súbito à saúde. Risco aumentado em pacientes com distúrbios psiquiátricos e/ou com maior acesso a tóxicos.

Diagnóstico:

Caso haja referência de contato com substância tóxica, rever os tipos de medicamentos e outros produtos no domicílio, associando-os às manifestações clínicas (tabela 1) e, sempre que possível, tentar a confirmação laboratorial.

Exames Complementares:

Lembrar que, na maioria dos casos, o tratamento é de suporte e, geralmente não é afetado pela identificação do agente causador da intoxicação. Os exames toxicológicos devem ser solicitados para confirmar a intoxicação e correlacioná-los à compatibilidade dos achados clínicos com a síndrome tóxica (tabela 1).

1- Exames qualitativos NÃO são capazes de diferenciar intoxicação da exposição a determinada substância.

1.1- Exames qualitativos disponíveis: benzodiazepínicos, fenotiazínicos, maconha, cocaína, ecstasy, anfetaminas, salicilatos

2- Exames quantitativos: A dosagem sérica quantitativa será útil em situações onde exista uma relação entre o nível sérico e a toxicidade, bem como para indicação de intervenções terapêuticas específicas.

2.1- Exames quantitativos disponíveis no HCRP: alcoolemia (o álcool é metabolizado poucas horas após seu uso, na suspeita de intoxicação, realizar a coleta o mais rápido possível), antidepressivos tricíclicos, ácido valpróico, carbamazepina, colinesterase, digoxina, fenitoína, fenobarbital, litemia, metemoglobina, teofilina, tiocianato, acetaminofen.

Tratamento:

1- Estabilização clínica;

2- Tratamento específico: reconhecimento da síndrome tóxica (vide tabela 1),

3- Descontaminação:

3.1- Descontaminação cutânea, ocular (se for o caso)

3.2- Lavagem gástrica: para intoxicações potencialmente graves, útil quando realizada até no máximo 2 horas da ingestão

Contra-indicações: derivados de petróleo; cáusticos, corrosivos; materiais sólidos com pontas; alterações hemorrágicas; pacotes contendo drogas; depressão respiratória, neurológica e/ou agitação em pacientes sem proteção de vias aéreas.

3.3- Carvão ativado: pode ser feita, de modo geral, até 4 horas da ingestão. Dose: 1 g/kg peso (até 50g) diluído a 10% em água ou suco.

Para antidepressivos tricíclicos: considerar uma segunda dose de carvão ativado 1 hora após a primeira dose.

Para intoxicações agudas ou crônicas por: Fenobarbital, Carbamazepina, Dapsona, Teofilina: realizar múltiplas doses de carvão ativado: 0,25 a 0,5 g/kg (a cada 4 horas) até concentração sérica próxima ao valor de referência.

3.4- Situações especiais: Algumas situações poderão necessitar de administração de antídotos, antagonistas e aumento da eliminação do tóxico absorvido. Consultar equipe de toxicologia (24 horas por dia) através do BIP 1190, ramal 1149 ou 1192.

4- Uso de antídotos (quando apropriado).

5- Tratamento de suporte

Referências Bibliográficas:

- 1) Toxbase managements. Disponível em <http://www.toxbase.org>. Acessado em 30/08/2016.

Considerações Administrativas: A U.E. é centro de referência em toxicologia para o DRS XIII e, portanto, os casos devem ser referenciados prioritariamente para esta unidade. No entanto, a maioria das medidas gerais pode ser iniciada em outras salas de emergência o que não impõe a vaga zero.

Algumas intoxicações que estão se tornando mais frequentes que exigem antídotos específicos que só existem na UE podem impor a vaga zero. O Centro de Intoxicação deve ser consultado nestes casos.

É comum que algumas intoxicações estejam associadas ao tráfico de drogas. Neste caso, deve-se lembrar que o médico não pode gerar provas contra seu paciente de acordo com o código de ética médica, a não ser que seja nomeado perito.

Comunicar o NIR nestas situações e orientar a polícia que estas situações serão resolvidas após a estabilização do paciente.

Anexos:

Tabela 1. Principais síndromes tóxicas e os agentes relacionados.

Tabela 1: Síndromes Tóxicas e principais agentes relacionados

Síndrome	Sintomatologia	Agentes
Anticolinérgica (bloqueio receptores muscarínicos da ACH)	↑ FC, ↑ PA, midríase, febre, rubor, mucosas e pele secas, alucinações, agitação psicomotora, ↓ ruído intestinal	Atropina e derivados, beladonas, anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, biperideno
Colinérgica (diminuição da atividade da enzima anticolinesterase)	↓ FC, ↑/↓ PA, miose, fraqueza e fasciculações musculares, ↑ das secreções salivar, gastrointestinal, pulmonar	Inseticidas fosforados e carbamatos, cogumelos
Depressão do SNC	↓ FC, ↓ PA, miose, sonolência, torpor, coma, depressão respiratória, hiporreflexia, borborigmos ausentes	Barbitúricos, benzodiazepínicos, etanol, opióides, antidepressivos tricíclicos, carbamazepina
Extrapiramidal (bloqueio de receptores dopaminérgicos)	Crise oculógira, distorção facial, espasmos musculares, hipertonia, sinal da roda denteada, opistótono, mímica facial pobre, choro monótono	Fenotiazínicos, haloperidol, metoclopramida, domperidona, anti-histamínicos
Metemoglobinemia (conversão Hb em metaHb)	Cianose cinza arroxeada, taquicardia, astenia, convulsões	Nitrito, nitrato, naftalina, anestésicos, sulfona
Simpaticomimética	↑ FC, ↑ PA, midríase, febre, sudorese, agitação, rubor, convulsão, alucinação, borborigmos presentes	drogas de abuso, cafeína, descongestionantes tópicos ou sistêmicos, teofilina