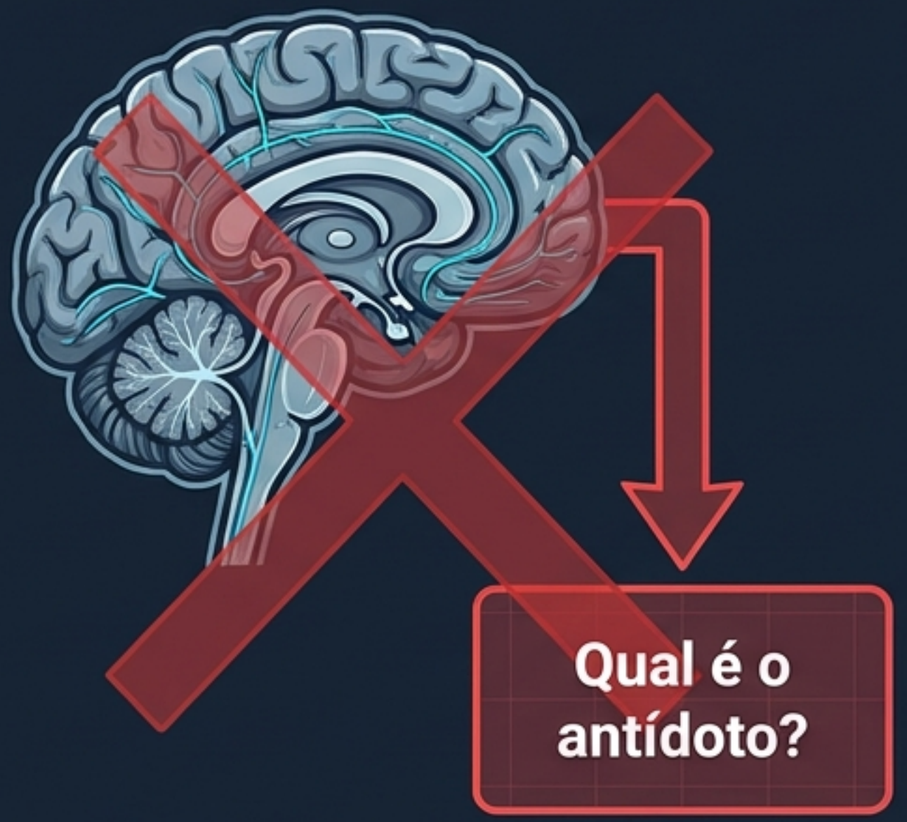
Público: Médicos, Residentes e Estudantes Avançados

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS: FUNDAMENTOS E RACIOCÍNIO CLÍNICO

O Protocolo de 3 Passos para a Sala de Emergência

The Critical Error



Erro Comum: Pular direto para a busca do antídoto compromete a estabilização vital.

The Correct Paradigm

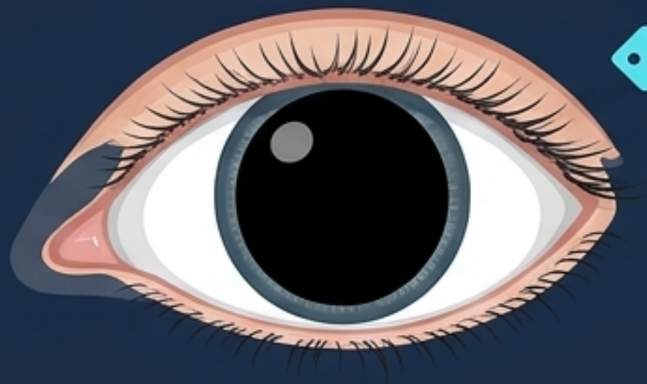
Passo 1: Estabilização
(Prioridade vital imediata)

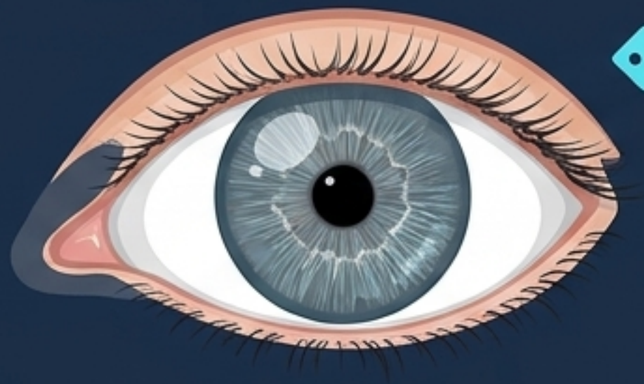
Passo 2: Descontaminação
(Remoção da exposição)

Passo 3: Antídotos
(Terapêutica específica)

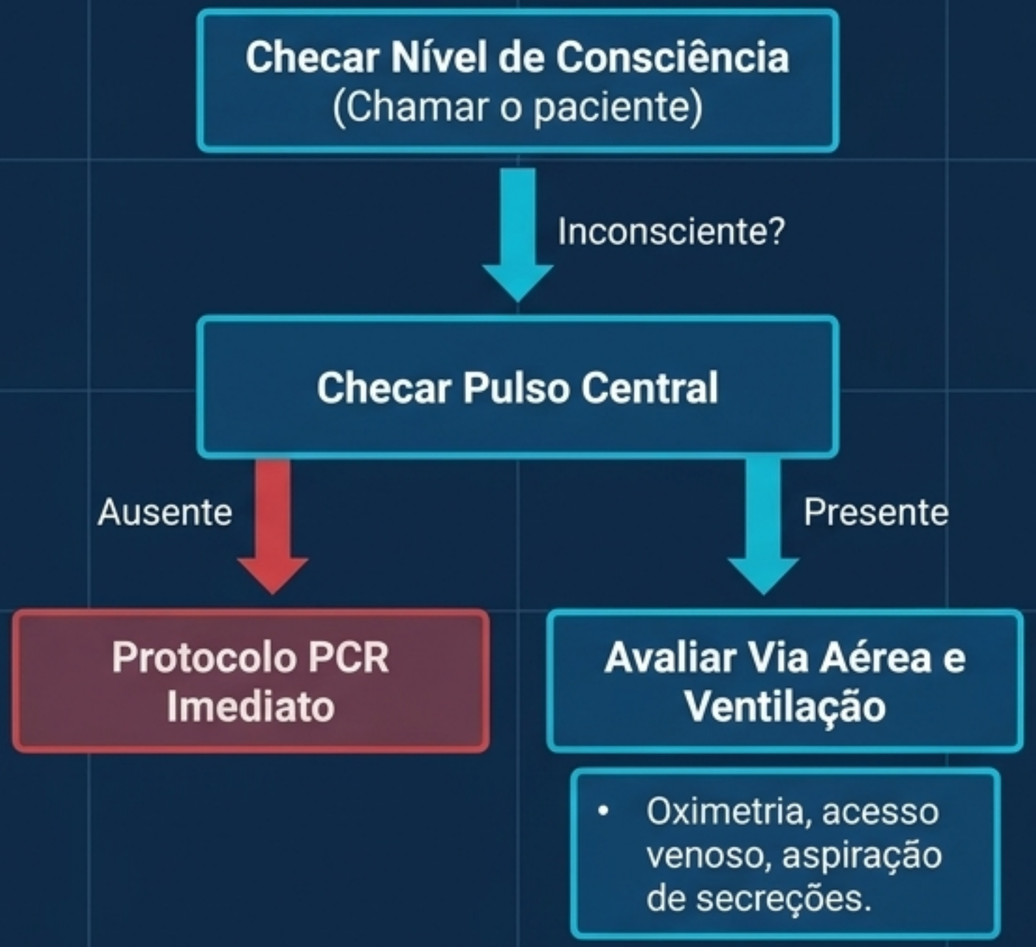
Pérola Clínica: Nunca julgue o paciente. Não subestime seu sofrimento, independentemente da substância ou da circunstância.

Matriz Diagnóstica:
Os 2 Grandes Grupos de Toxidromes

A	Simpaticomiméticos & Anticolinérgicos
	
✓	Sinais Chave: Agitação, boca seca, taquicardia, hipertensão.
✓	Agentes: Cocaína, Anfetaminas, Ecstasy, Antidepressivos Tricíclicos.

B	Sedativos, Opioides & Colinérgicos
	
✓	Sinais Chave: Rebaixamento de consciência, sialorreia, broncorreia, depressão respiratória.
✓	Agentes: Opioides, Benzodiazepínicos, Organofosforados, Álcool, Barbitúricos.

Passo 1: Avaliação Inicial e Via Aérea



ALERTA MANDATÓRIO: TODO paciente com alteração de nível de consciência exige Glicemia Capilar imediata. A hipoglicemia mimetiza quadros toxicológicos graves e AVC.

O Raciocínio na Intubação: Ajuste Fisiopatológico

Intoxicação por Opioides

Evitar Fentanil. Cuidado extremo com Midazolam (risco de hipotensão severa).

Preferir: Ketamina ou Etomidato.

Uso de Benzodiazepínicos

Não usar indutores GABAérgicos adicionais (Midazolam, Diazepam).

Preferir: Fentanil + Bloqueador Neuromuscular.

Síndrome Colinérgica

Evitar Succinilcolina (aumenta e prolonga severamente o bloqueio na fenda sináptica).

Preferir: Rocurônio.

Estimulantes (Cocaína)

Evitar Ketamina (risco de hiperestimulação adrenérgica grave).

Preferir: Midazolam ou Etomidato.

Nota Clínica: Na dúvida, intube para proteger a via aérea. Pode-se manter o paciente inicialmente sem sedação contínua para reavaliação neurológica precoce.

Passo 2: Descontaminação Gastrointestinal

Atualização Científica: Guidelines recentes divergem sobre a lavagem gástrica de rotina. Reserve para casos graves, colaborativos e de apresentação muito precoce.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (NÃO LAVAR)

- [X] Glasgow ≤ 8 (sem via aérea definitiva)
- [X] Ingestão de substâncias corrosivas (ex: soda cáustica)
- [X] Risco de sangramento ou coagulopatia

Critérios de Inclusão

Lavagem Gástrica

Apenas se ingestão de comprimidos em < 1 a 2 horas. Usar sonda calibrosa (22/24). Instilar e aspirar soro em alíquotas de 250ml.

Carvão Ativado

50g diluídos em 250ml de soro. Administrar após a lavagem gástrica.

Recuperação Ativa #1: O Tempo é Tudo

Caso Base: Paciente de 62 anos. Ingestão de 3 cartelas de Clonazepam (uso crônico).

Chegada em 1h

Clínica: Glasgow 15, comunicativa.

Conduta: Lavagem Gástrica + Carvão Ativado.

(Segura a via aérea, dentro da janela terapêutica de tempo).

Chegada em 3h

Clínica: Glasgow 7, rebaixada.

Conduta: NÃO lavar. NÃO fazer carvão. Intubação Orotraqueal imediata.

(Midazolam evitado. ZERO Flumazenil por risco de convulsão em uso crônico).

Passo 3: Antídotos - O Perigo do Flumazenil vs. Segurança da Naloxona

FLUMAZENIL

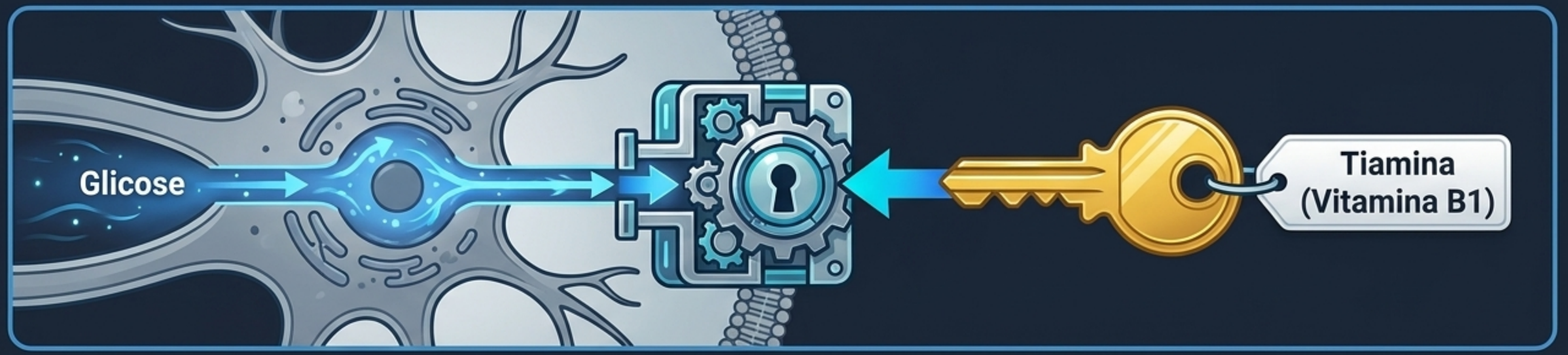
- **Indicação:** Uso extremamente restrito (ex: reversão em centro cirúrgico).
- **Perigo Crítico:** Reduz o limiar convulsivo. Risco gravíssimo de abstinência e convulsão em usuários crônicos de benzodiazepínicos.
- **Dose:** 0.1 a 0.2 mg/dose EV lento. Máximo 2mg.

NALOXONA

- **Indicação:** Depressão respiratória por opioides (FR < 10, SatO2 < 90%).
- **Segurança:** Altamente seguro. Sem dose máxima estrita, ajuste por resposta clínica.
- **Dose:** 0.1 a 0.4 mg/kg EV. Reavaliar a cada 2 a 3 minutos.
- **Alerta:** Meia-vida curta; cuidado com opioides de longa duração (metadona) pelo risco de rebote e novo rebaixamento.

Intoxicação Alcoólica e o Protocolo de Wernicke

Mito: Glicose NÃO é antídoto para álcool.
O tratamento de intoxicação alcoólica aguda é puramente de suporte e hidratação.

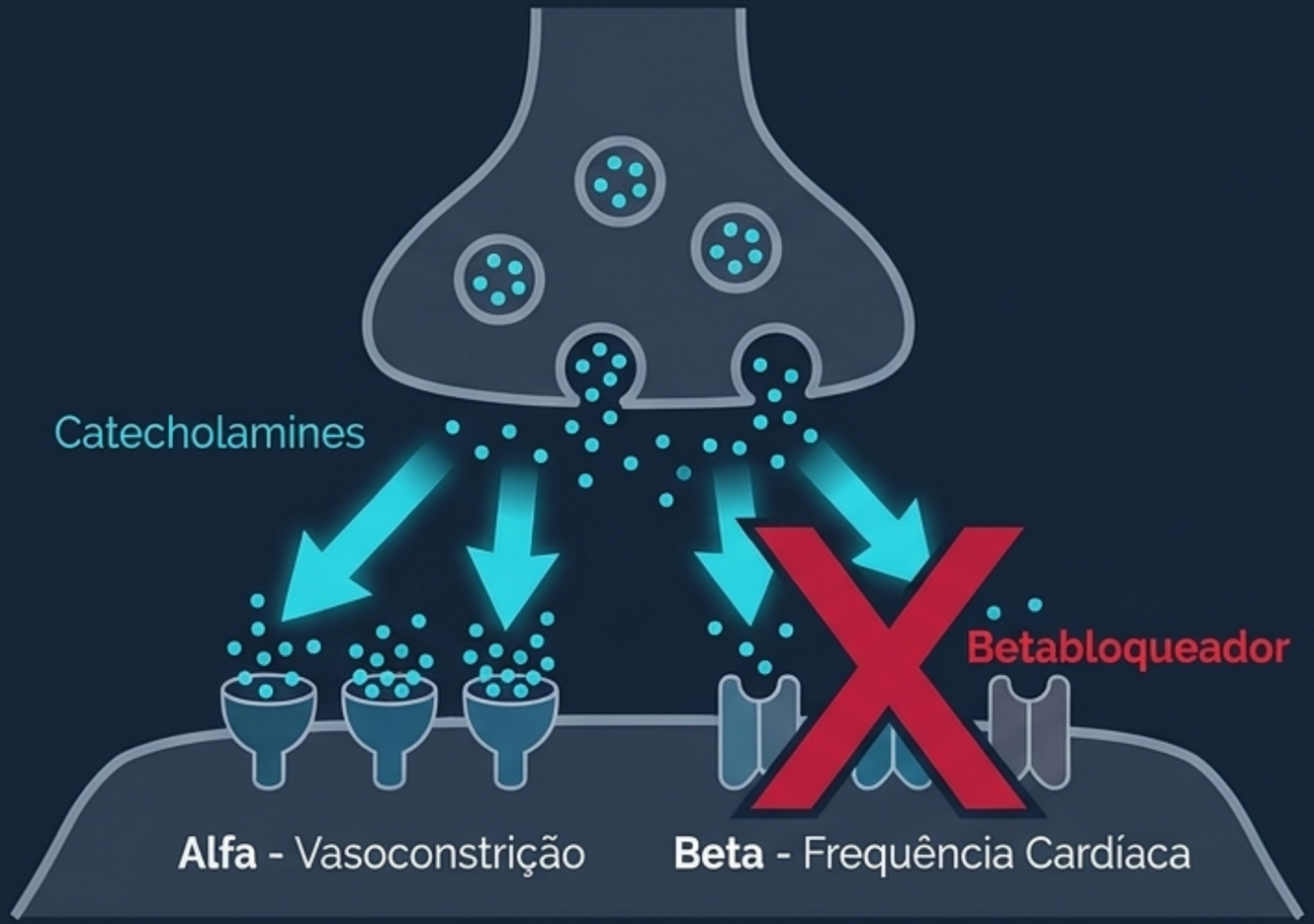


A Regra de Ouro da Hipoglicemia Severa

Em pacientes com desnutrição ou etilismo crônico, administrar Tiamina **100mg 15 minutos ANTES** (ou junto) com a Glicose.

Risco Fisiopatológico: Infundir glicose sem a presença prévia de tiamina força uma via metabólica que causa dano neuronal irreversível (descompensação).

Toxidrome Simpaticomimético (Cocaína):
O Paradoxo dos Receptores



O Resultado

Hiperestimulação Alfa não oposta = Vasoespasmo coronariano severo, isquemia grave e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Tratamento Seguro

A agitação e taquicardia devem ser tratadas com Benzodiazepínicos (Diazepam / Midazolam).

Para hipertensão refratária ou SCA, utilizar Nitratos (Tridil / Isordil) ou Fentolamina.

Recuperação Ativa #2:
Síndrome Coronariana Induzida

Paciente jovem (22 anos), agitado, relata dor torácica opressiva após uso intenso de cocaína.



ECG: Supra de ST em parede anterior

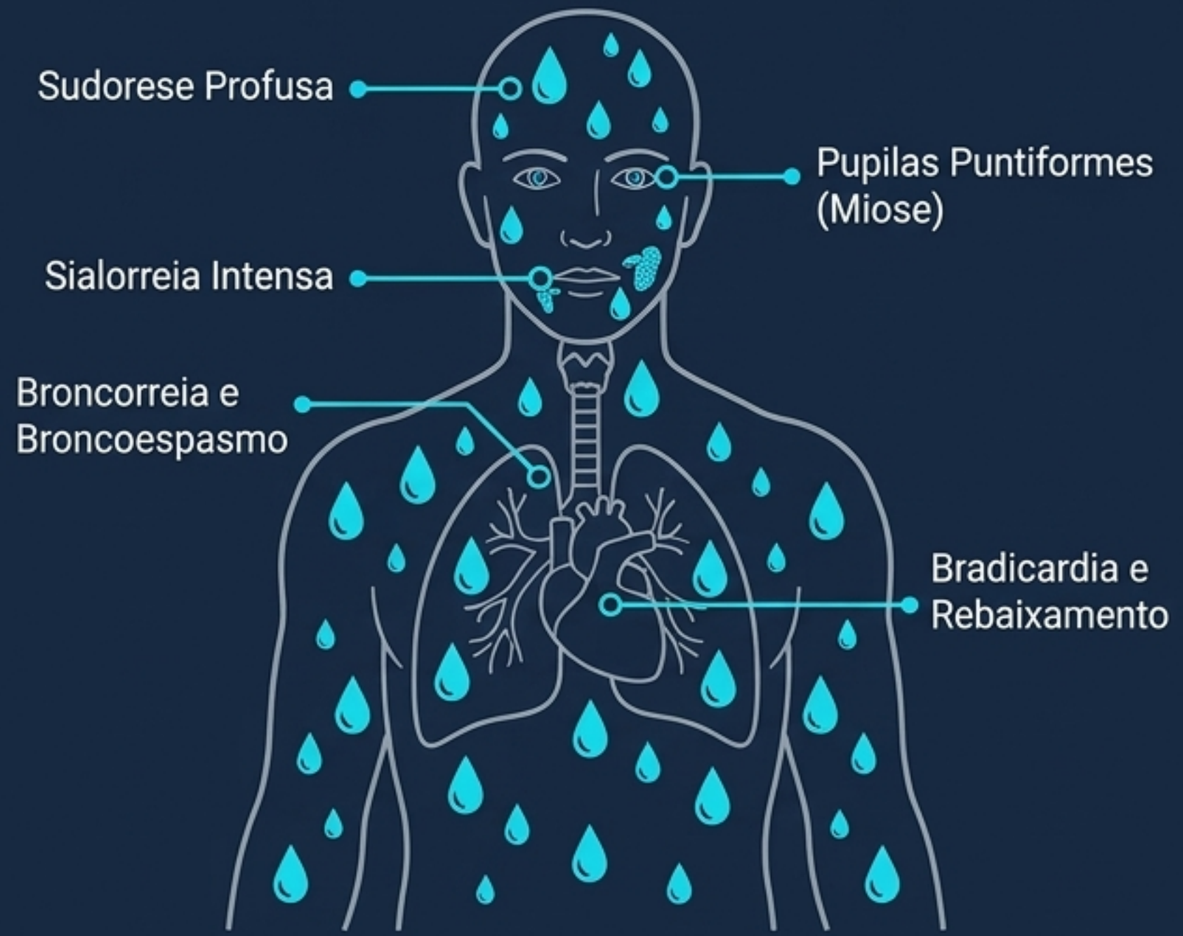
Matriz de Decisão: Infarto em Usuário de Cocaína

1. **Tratar a agitação agressivamente** com **Benzodiazepínicos** (Diazepam / Midazolam).
2. Seguir **protocolo clássico de SCA** (AAS, Clopidogrel, Enoxaparina).
3. Promover **vasodilatação** direta com Nitroglicerina (Isordil / Tridil).
4. **Considerar hemodinâmica urgente** (cateterismo) para diferenciar trombo mecânico de vasoespasmo isolado.

CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA: Administração de Betabloqueadores.

Síndrome Colinérgica: Organofosforados e Carbamatos

O Fenótipo: O Paciente Molhado



Sequência Antidótica

1 Atropina (Ataque Maciço)

Doses de 2 a 5 mg EV lentos.
Repetir a cada 15 min até a reversão completa das secreções pulmonares.

Manutenção: 1mg/h em bomba de infusão contínua.

2 Pralidoxima

Específico para Organofosforados.

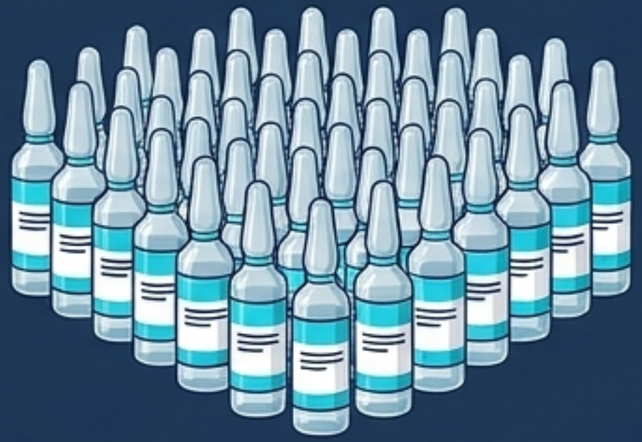
Utilizada estritamente APÓS a atropinização para reverter a ligação irreversível da acetilcolinesterase.

Dose: 30mg/kg.

Protocolos Específicos: Paracetamol e Cumarínicos

Intoxicação por Paracetamol

Dose hepatotóxica: > 7 a 10g/dia.



Antídoto: N-Acetilcisteína (NAC)

Fase 1: 150mg/kg (ex: 35 ampolas para 70kg em 15 min). → **Fase 2:** 50mg/kg em 4 horas. → **Fase 3:** 100mg/kg em 16 horas.

Cumarínicos e Chumbinho

Mecanismo: Inibição de fatores dependentes de Vit. K (II, VII, IX, X).



RNI > 4 sem sangramento grave → **Tratamento:** Vitamina K

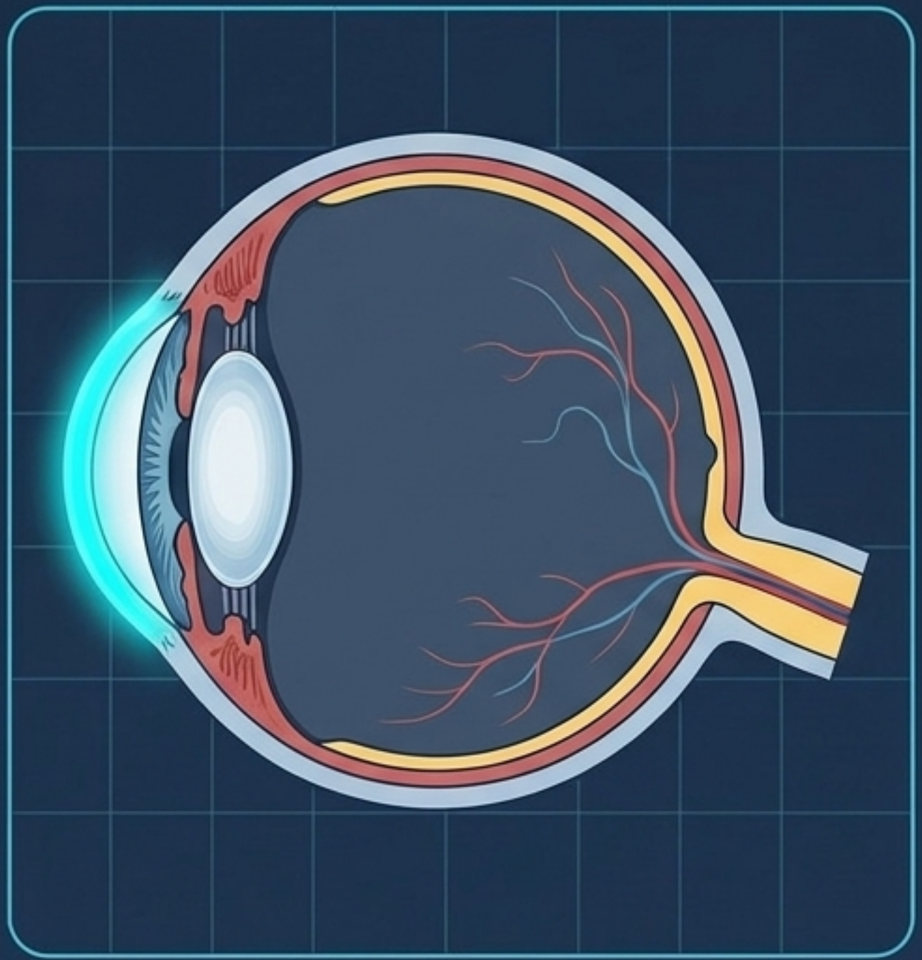
Sangramento ativo grave → **Tratamento:** Crioprecipitado

Pérola Clínica: Queimadura Ocular por Solda Elétrica

Fisiopatologia: Radiação Ultravioleta causando inflamação da córnea (sintomas despontam 6 a 12 horas após a exposição).

O Que Fazer

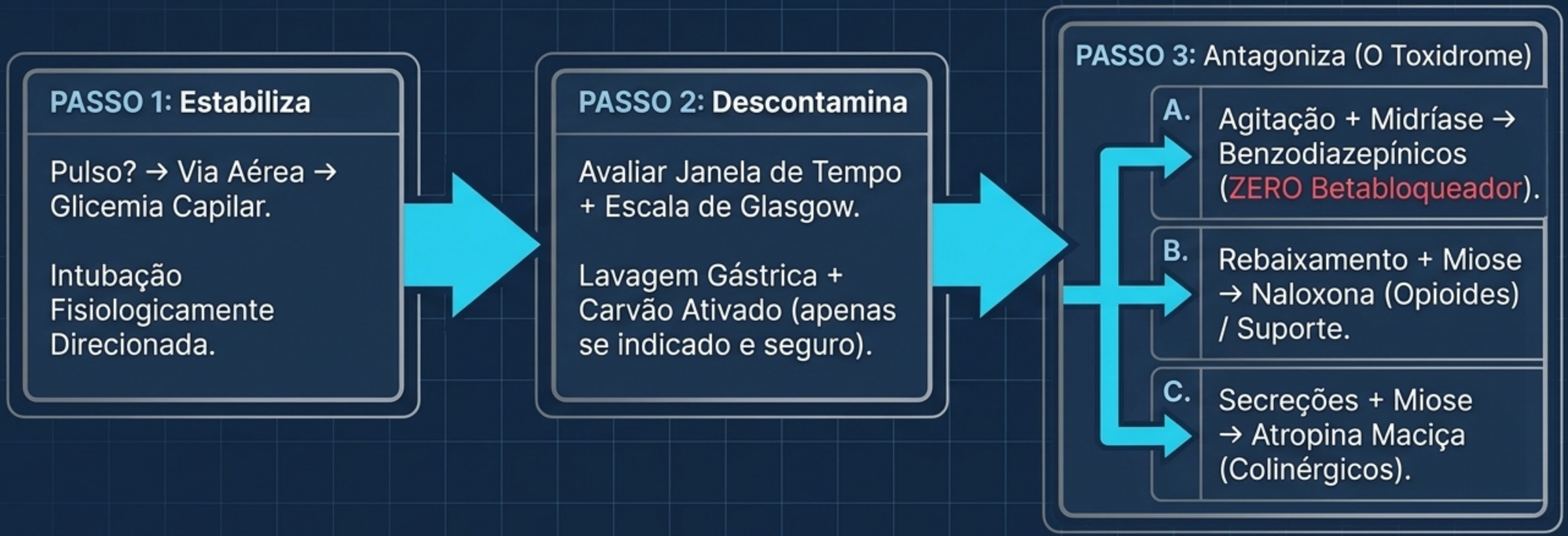
- Lavagem abundante com Soro Fisiológico.
- Colírio anestésico APENAS e estritamente no ambiente do Pronto-Socorro.
- Prescrever analgésicos VO e pomada epitelizante (ex: Regencel).
- Antibiótico tópico sem corticoide.



O Que NÃO Fazer

- NÃO prescrever colírio anestésico para uso em casa (risco severo de afinamento e perfuração de córnea).
- NÃO realizar oclusão ocular (retarda a epitelização natural).

Síntese NEXOMED:
O Algoritmo Completo de Intoxicações



A maestria na toxicologia de emergência reside na paciência metodológica. Trate o paciente, não o veneno.