



1. DEFINIÇÃO

As intoxicações exógenas agudas são definidas como as consequências clínicas e/ou bioquímicas da exposição aguda a substâncias encontradas no ambiente ou isoladas (exemplo: medicamentos, pesticidas e produtos domiciliares).

2. EPIDEMIOLOGIA

Menores que 1 ano: Intoxicações são muito raras, a possibilidade de intoxicação provocada deve ser considerada.

Entre 1 e 6 anos: Estão sob o maior risco de exposições acidentais (não intencionais), principalmente por ingestão (76%), em ambiente domiciliar (93%) e os medicamentos são a causa principal, seguido dos acidentes com animais e produtos domiciliares, respectivamente.

Adolescentes: Maior incidência de intoxicações intencionais com objetivo de auto prejuízo, além de maior risco de abuso de álcool e/ou substâncias ilícitas.

3. DIAGNÓSTICO

Os sinais e sintomas dependem da substância envolvida, via, quantidade e tempo desde a exposição. O quadro clínico pode variar desde crianças assintomáticas até quadros graves com disfunção de múltiplos órgãos e sistema. É essencial reconhecer o conjunto de sinais e sintomas clássicos de intoxicação por certas substâncias (toxíndromes) para o manejo desses pacientes. Na presença de acidose metabólica não explicada, alteração do nível de consciência sem causa conhecida, bradicardia ou taquicardia sem causa determinada, deve-se levantar a suspeita de intoxicação.

Na página seguinte apresentamos uma tabela com as principais toxíndromes.

4. TRATAMENTO

Caso paciente esteja estável, sem sintomas e sem alterações de sinais vitais, manter em observação, identificar toxíndrome, entrar em contato com Centro de Intoxicações. Avaliar medidas de descontaminação, antídoto e eliminação.

Para pacientes com sinais de instabilidade, sintomáticos ou com alterações de sinais vitais o tratamento envolve 4 etapas que estarão detalhadas ao longo deste protocolo: Estabilização, Descontaminação, Antídoto, Eliminação

Realizar anamnese completa identificando qual a substância tóxica, quantidade ingerida, tempo de exposição, solicitar frasco / embalagem.

Quando exposição incerta, perguntar sobre medicações que tem em casa ou possíveis exposições que possa ter ocorrido.

ATENÇÃO: CASO TENTATIVA DE AUTO-AGRESSÃO, REALIZAR NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E SEGUIR PROTOCOLO ESPECÍFICO



ALOCAÇÃO ADEQUADA

Pacientes estáveis (assintomáticos e sem alterações de sinais vitais): encaminhar para **OBSERVAÇÃO e seguir atendimento proposto**

Pacientes instáveis (sintomáticos ou com alteração de sinais vitais): encaminhar a **SALA DE EMERGÊNCIA**

Se inconsciente, seguir fluxograma de atendimento conforme recomendado pelo Pediatric Advanced Life Support (PALS), com avaliação de responsividade, pulso e respiração. Se necessário, iniciar medidas de ressuscitação cardiopulmonar na ausência de pulso central palpável

TABELA 1: PRINCIPAIS TOXÍNDROMES

Toxíndrome	Substâncias	Quadro Clínico	Antídoto / Tratamento Específico
Anticolinérgica	Atropina, anti-histamínicos, antiparkinsonianos, tricíclicos, antiespasmódicos, midriáticos, plantas da família Solonaceae	Estado mental: hipervigilância, agitação, alucinações, coma. Pupilas: midríase. Outros: rubor, mucosas secas, hipertermia, hiperreflexia, taquicardia, retenção urinária.	Sem antídoto específico
Anticolinesterásica (colinérgica)	Inseticidas organofosforados e carbamatos, fisostigmina, alguns cogumelos.	Estado mental: confusão mental, coma. Pupilas: mióticas. Outros: sudorese, lacrimejamento, salivação, aumento das secreções brônquicas, bradicardia, fibrilações e fasciculações musculares.	Atropina Pralidoxima (organofosforados manifestações nicotínicas)
Simpatomimética	Anfetamínicos, cocaína, descongestionantes nasais, cafeína, teofilina.	Estado mental: agitação, alucinações, despersonalização. Pupilas: geralmente midriáticas. Outros: hiperreflexia, hipertensão, piloereção, hipertermia, sudorese.	Sem antídoto específico
Sedativa-hipnótica (Depressiva)	Barbitúricos, benzodiazepínicos, etanol	Estado mental: depressão do sistema nervoso central (SNC), topor, coma Pupilas: Variável Outros: depressão respiratória, hiporreflexia, hipotensão, cianose.	Flumazenil (benzodiazepínicos) 0,2-0,3mg/kg endovenoso (EV) em 15 min, em seguida 0,1mg a cada 1 min até melhora – máximo 1 mg Pode diminuir limiar convulsivo → UTILIZAR APENAS NA CERTEZA DE INTOXICAÇÃO EXCLUSIVA POR BENZODIAZEPÍNICO
Narcótica (Opióide)	Opióides, heroína, elixir paregórico, loperamida	Estado mental: depressão do SNC, coma. Pupilas: miose. Outros: depressão respiratória, bradicardia, hipotermia, hipotensão, hiporreflexia.	Naloxone (opióides) 0,1mg/kg EV para < 5 anos. 2mg EV para > 5 anos.
Serotoninérgica	Inibidores da monoamina oxidase (MAO) com ou sem inibidores seletivos da receptação de serotonina (IRSS), meperidina, dextrometorfano	Estado mental: confusão, agitação, coma Pupilas: midríase. Outros: tremor, mioclonia, hiperreflexia, trismo, rigidez, diarreia, diaforese, rubor.	Sem antídoto específico
Extrapiramidal	Fenotiazínicos, butirofenonas (antipsicótico), fenciclidina, lítio.	Estado mental: pode haver agitação, acatisia Pupilas: sem alteração específica. Outros: distúrbios do equilíbrio e movimentação, hipertonia, distonia orofacial, mioclonia, trismo, opistótono, parkinsonismo.	Difenidramina Biperdeno
Metemoglobinêmica	Derivados da anilina, dapsona, anestésicos locais, nitratos, nitritos, óxidos de nitrogênio, hidrocarbonetos, fenazopiridina, primaquina, sulfonamidas	Estado mental: inicialmente agitação, confusão mental, depressão do SNC. Pupilas: sem alteração específica. Outros: taquipnéia, dispneia, vômitos, cianose de pele e mucosas, palidez de pele e mucosas, com Sat% O2 normal.	Azul de metileno (casos graves)

Toxíndrome	Substâncias	Quadro Clínico	Antídoto / Tratamento Específico
Intoxicação por paracetamol	Paracetamol	Dor abdominal, náuseas, vômitos, aumento de transaminases, icterícia, confusão mental, sonolência, coma, desorientação	N-acetilcisteína
Intoxicação por nafazolina	Nafazolina	Casos leves: Náuseas, vômitos, cefaléia, rubor de pele, sudorese, irritabilidade, inquietude, aumento da pressão arterial, arritmias cardíacas. Casos graves: depressão do SNC, hipotermia, bradicardia, dilatação pupilar, sonolência, coma; distúrbios respiratórios com respiração irregular, bradipnéia com períodos de apnéia.	Sem antídoto específico
Intoxicação cumarínica	Anticoagulantes Raticidas	Equimoses, sangramento prolongado tempos de protrombina e sangramento	Vitamina K
Medicações Cardíacas	Bloqueadores dos canais de cálcio, betabloqueadores, digoxina	Bradicardia, arritmias, hipotensão, tonturas, bloqueio de ritmo, náusea, vômito	Cloreto de Cálcio Glucagon Anticorpo específico para digoxina

5. TRATAMENTO



ESTABILIZAÇÃO

Sala de Emergência

M

MONITORIZAÇÃO

FC, FR, PA, Temp., ECG. – CONTATO COM CENTRO DE INTOXICAÇÕES (CCI)

O

OXIGÊNIO

Garantir via aérea – Intubação orotraqueal se necessário, manter saturação entre 94 e 98%

V

ACESSO VENOSO

E

EXAMES

ECG (12 derivações), eletrólitos, função renal, enzimas / função hepática, glicemia, urina 1, hemograma, considerar toxicológico e nível sérico do agente tóxico, RX de tórax se suspeita de aspiração

D

GLICEMIA CAPILAR (DEXTRO)

Corrigir se abaixo de 60 - G25% 2ml/kg ou G10% 4 ml/kg

TABELA 2: AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

A	B	C	D	E
<p>Garantir Via Aérea Patente</p>	<p>Avaliação Respiratória</p>	<p>Avaliação Cardiocirculatória</p>	<p>Avaliação Neurológica</p>	<p>Exposição</p>
<p>Intubação se: Paciente inconsciente ou Glasgow < 8 Sinais de insuficiência respiratória</p>	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar frequência respiratória, ausculta sinais de desconforto, saturação 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar frequência cardíaca, perfusão (normal TEC <3segs), pulsos, pressão arterial, ritmo cardíaco Avaliar sinais de desidratação (olhos, mucosa, pele, diurese) 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar escala AVDI (A: acordado, V: responde estímulos verbais, D: responde a dor, I: Inconsciente) Avaliar Pupila Glicemia Capilar 	<ul style="list-style-type: none"> Verificar lesões de pele Temperatura
<ul style="list-style-type: none"> Posicionar via aérea Coxim adequado Considerar guedel 	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer suporte adequado para manter saturação entre 94 e 98% Avaliar se há risco de pneumonia aspirativa – Considerar RX de tórax 	<ul style="list-style-type: none"> Se sinais de choque ou desidratação considerar expansão volêmica com cristalóide Caso paciente esteja apresentando vômitos – Ondansetron 0,15 mg/kg – Não realizar caso alargamento de QT ou intoxicação que possa gerar alargamento de QT Considerar droga vasoativa se hipotensão refratária à expansão Hipertensão em pacientes agitados inicialmente é tratada com benzodiazepínico, caso necessário utilizar nitroprussiato Betabloqueadores são contra indicados em paciente com síndrome simpatomimética 	<ul style="list-style-type: none"> “Push” de glicose se glicemia abaixo de 60 Garantir via aérea a depender da avaliação neurológica Convulsão – realizar benzodiazepínico e considerar fenobarbital caso mantenha estado de mal epiléptico (fenitoína é contraindicada em diversas intoxicações) Reações Extrapiramidais: Difenidramina 1 mg/kg EV (endovenoso) ou IM (intra muscular) 	<ul style="list-style-type: none"> Administrar antitérmico se temperatura > 37,8 Retirar roupas possivelmente contaminadas com inseticidas Lavar paciente com água corrente se contaminação pela pele (inseticidas) Reações urticariformes: anti-histamínicos Difenidramina 1mg/kg EV ou IM Atentar-se a possibilidade de ANAFILAXIA: epinefrina 0,01 mg/kg IM (PURA – 1:1000)



6. DESCONTAMINAÇÃO

Carvão Ativado:

Administração de carvão ativado pode ser considerada quando usado até **uma hora da exposição (1g/kg via oral – max de 100g)**. Pode ser misturada em suco, leite ou bebidas açucaradas para facilitar a administração ou até passagem de sonda nasogástrica.

Contra indicações: risco de aspiração, rebaixamento de nível de consciência, presença de obstrução intestinal, necessidade de endoscopia (ex. ingestão de grande quantidade de substância cáustica), materiais pouco absorvidos pelo carvão (ex. álcool e metais), e tempo maior que uma hora da ingestão.

ATENÇÃO: A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL NÃO DEVE SER REALIZADA SE O PROPÓSITO FOR APENAS PROTEGER A VIA AÉREA PARA REALIZAR A ADMINISTRAÇÃO DE CARVÃO ATIVADO

Lavagem Gástrica:

Não indicada de rotina, deve ser realizada apenas se indicação específica discutida com o CCI

Irrigação intestinal:

Substâncias laxativas osmóticas como o polietileno glicol (PEG) também **não são indicadas de rotina**, devendo ser realizado apenas se indicação específica discutida com o CCI

Indutor de vômitos e catárticos

Contraindicados na pediatria como Xarope de Ipeca e Manitol

Contato com substâncias pela pele (ex. inseticidas)

Retirar roupas e lavar pele com água corrente.

Intoxicação Transcutânea

Não realizar incisão, não garrotear, não fazer sucção



7. ANTÍDOTOS

Para certas substâncias, há antídotos que podem auxiliar no tratamento. Após anamnese, exame físico e achados laboratoriais que sugiram alguma toxíndrome, o antídoto pode ser considerado **após discussão com CCI**. Pode ser necessária administração de múltiplas doses, a depender da meia-vida de cada um. Na tabela 1 apresentamos alguns antídotos comuns.



8. MEDIDAS PARA ELIMINAÇÃO DO TÓXICO

Algumas medidas específicas podem ser indicadas a depender da substância como múltiplas doses de carvão ativado, diurese medicamentosa, alcalinização da urina, hemodiálise. Tais medidas devem ser discutidas com o CCI



9. PLANO DE CUIDADO

Discutir plano de cuidado do paciente com CCI e médico titular. Pode ser necessária internação para monitorização clínica em UTI ou exames laboratoriais seriados.

Alta médica: apenas quando paciente estável e sem necessidade de seguimento em leito de observação devendo ser discutida conduta com CCI.



10. INDICADORES DE QUALIDADE

Alocação adequada

Contato com centro de intoxicações

Aferição de GLICEMIA CAPILAR

Realização de ELETROCARDIOGRAMA

Não realização de procedimentos invasivos desnecessários



11. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

TRIAGEM
Aferir sinais vitais e sintomatologia

Paciente assintomático, sem alterações de sinais vitais, encaminhar para
OBSERVAÇÃO
Monitorização, avisar médico (priorizar)

Paciente sintomático ou com alterações de sinais vitais, encaminhar a
SALA DE EMERGÊNCIA

Anamnese Completa*
Exame Físico → identificar toxindrome
Contato com CCI
Exames a depender da intoxicação

Estabilização (monitorização, oxigênio, acesso, dextro)
- ABCDE
- Exames **

Anamnese completa*
Contato com CCI

Considerar:
Antídoto s/n
Carvão ativado se indicado

Considerar:
Antídoto s/n
Carvão ativado se indicado

Se tentativa de auto agressão ou intoxicação intencionalmente provocada por terceiros, seguir diretriz de cuidado específica

Definir plano de cuidado do paciente
(Alta/ Observação Internação / UTI)

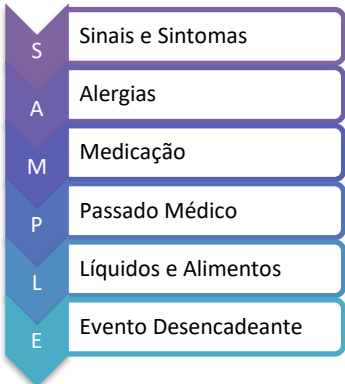
Discutir plano de cuidado do paciente com CCI e médico titular. Pode ser necessária internação para monitorização clínica em UTI ou exames laboratoriais seriados.

Alta médica: apenas quando paciente estável e sem necessidade de seguimento em leito de observação devendo ser discutida conduta com CCI.



ANAMNESE COMPLETA*

Realizar anamnese completa identificando a substância tóxica, quantidade ingerida, tempo de exposição, solicitar frasco / embalagem. Quando exposição incerta, perguntar sobre medicações que tem em casa ou possíveis exposições que possa ter ocorrido



Telefones Úteis (São Paulo)
CCI Jabaquara - 5012-5311
Ceatox 08000148110



EXAMES**

ECG (12 derivações), eletrólitos, função renal, enzimas / função hepática, glicemia, urina 1, hemograma, considerar toxicológico e nível sérico do agente tóxico, RX de tórax se suspeita de aspiração



EXPOSIÇÕES NÃO ORAIS

Contato com substâncias pela pele (ex. inseticidas) - Retirar roupas e lavagem da pele com água corrente

Intoxicação Transcutânea - Não realizar incisão, não garrotear, não fazer sucção

12. GLOSSÁRIO

CCI : contato com centro de intoxicação

ECG: eletrocardiograma

EV : endovenoso

FC : frequência cardíaca

FR: frequência respiratória

IM: intramuscular

PEG: Polietileno Glicol

PA: pressão arterial

SNC: sistema nervoso central

Temp: temperatura

Referências

[1] Schwartsman C, Schwartsman S. Intoxicações exógenas agudas [Acute poisoning in children]. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75 Suppl 2:S244-S250. doi:10.2223/jped.394.

[2] McGregor T, Parkar M, Rao S. Evaluation and management of common childhood poisonings. *Am Fam Physician*. 2009;79(5):397-403.

[3] Riordan M, Rylance G, Berry K. Poisoning in children 1: general management [published correction appears in Arch Dis Child. 2003 Oct;88(10):946]. *Arch Dis Child*. 2002;87(5):392-396. doi:10.1136/adc.87.5.392.

[4] Gastrointestinal decontamination of the poisoned patient. (n.d.). Retrieved May 29, 2020, from <https://www.uptodate.com/contents/gastrointestinal-decontamination-of-the-poisoned-patient?sectionName=Activated+charcoal>.

[5] Approach to the child with occult toxic exposure. (n.d.). Retrieved May 29, 2020, from <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-occult-toxic-exposure?search=Poisoning+in+children>.

Código Documento: CPTW 281.1	Elaborador: Gustavo Guimarães Barreto Alves Rafael da Silva Giannasi Severino	Revisor: Gaby Cecilia Yupanqui Guerra Barboza	Aprovador: Haggeas da Silva Fernandes	Data de Elaboração: 08/02/2022	Data de Aprovação: 08/02/2022
--	--	--	--	--	---