



## Intoxicação Exógena em Adultos

Intoxicação exógena é o termo utilizado para quadros clínicos resultantes da exposição do paciente a substâncias tóxicas. Tal exposição pode ser ambiental, inoculação ou ingestão, sendo a última a mais frequente. Ainda classifica-se o episódio como intencional ou incidental, sendo este último mais frequente em crianças ou idosos.

### I - ASSISTENCIAL

#### 1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é predominantemente clínico, podendo, em alguns casos, haver confirmação laboratorial do(s) agente(s) ingerido(s).

- Sintomas inespecíficos podem acometer todo paciente intoxicado: náuseas, vômitos, mal estar, tontura.
- História: pode não ser confiável, principalmente se ingesta intencional. Sempre complementar com familiares e equipe pré-hospitalar. Em caso de medicamentos, pedir para familiar checar cartelas vazias e acesso a medicações no local da ingestão.
- Exame físico: sinais específicos devem ser pesquisados a fim de classificar o paciente em toxíndromes – estado mental, sinais vitais, pele, pupilas. A tabela abaixo descreve as principais alterações das toxíndromes e seus principais agentes etiológicos.

Toxíndrome	Estado mental	Sinais vitais	Pele	Pupilas	Outras manifestações	Etiologias
<b>Simpatomimético</b>	Agitação Delirium Hiperativo Alucinações Paranoia	Hipertermia Taquicardia Taquipneia Hipertensão	Úmida	Dilatadas	Convulsões Pressão de pulso alargada	Anfetaminas Cocaína Pseudoefedrina Fenilpropanolamina
<b>Anticolinérgico</b>	Agitação Delirium Hiperativo Alucinações Fala empastada	Hipertermia Taquicardia (normal, se precoce) Taquipneia Hipertensão ou Normotensão	Seca e corada	Dilatadas	Mucosas secas RHA diminuídos Retenção urinária Coreatetose Convulsões	Anti-histamínicos Atropina Escopolamina Tricíclicos Ciclobenzaprina Clorpromazina
<b>Alucinógeno</b>	Alucinações Distorções sensoriais Despersonalização Sinestesia Agitação	Hipertermia Taquicardia Taquipneia Hipertensão Sinais vitais podem estar normais	Variável	Dilatadas ou normais	Nistagmo	MDMA Ketamina LSD Mescalina Psilocibina (Cogumelos)
<b>Serotoninérgico</b>	Agitação Delirium Hiperativo Confusão mental Arresponsividade	Hipertermia Taquicardia Taquipneia Hipertensão	Úmida, corada ou normal	Dilatadas	Tremor Hiperreflexia Clonus Clonus ocular Diarreia	MAOI Tricíclicos ISRS e INSRS Dextrometorfano Meperidina
<b>Opioides</b>	Sedação Coma	Hipotermia Bradicardia ou normal Bradipneia ou apneia Hipotensão ou normal	Variável	Miose ou puntiforme	Edema agudo Pulmonar Hipotensão é possível Ferimentos puntiformes (injeção)	Opioides Loperamida

Tabela 1. Quadro clínico conforme toxíndrome.

Toxíndrome	Estado mental	Sinais vitais	Pele	Pupilas	Outras manifestações	Etiologias
<b>Sedativos-hipnóticos</b>	Sedação Confusão mental Coma	Hipotermia Bradicardia Bradipneia ou apneia Hipotensão Sinais vitais podem estar normais	Variável	Variável	Nistagmo Depressão Respiratória Mioclonia Coma cíclico	Benzodiazepínicos Barbitúricos Álcoois Gabapentina e pregabalina Zolpidem Carisoprodo
<b>Colinérgicos</b>	Sedação Confusão Coma	Normotermia Bradicardia (pode estar taquicárdico inicialmente) Bradipneia ou taquipneia Hipotensão ou normal	Úmido	Miose	Convulsões Salivação Incontinência Vômitos, diarreia Dor abdominal Broncorreia, sibilos Fasciculação muscular Fraqueza muscular	Organofosforados e carbamatos (inseticidas e agrotóxicos) Nicotina Fisostigmina Rivastigmina Pilocarpina

Tabela 1. Quadro clínico conforme toxíndrome.

## 2. EXAMES COMPLEMENTARES

- O exame de escolha para detecção da(s) substância(s) é a **triagem de drogas de abuso na urina**.
- **Algumas substâncias e medicações tem dosagem quantitativa plasmática disponíveis.** No entanto, é necessário ter em mente que esses testes possuem alta incidência de falsos positivos e falsos negativos.
- Os testes quantitativos tem maior relação com a gravidade dos casos, enquanto os testes qualitativos podem ser positivos em situações que não necessariamente representem uma intoxicação.

**Testes de triagem amplos** (urina ou de sangue) não são indicados de rotina, pois não costumam mudar desfecho e são pouco custo-efetivos. Estes são reservados para casos de extrema gravidade e cuja etiologia da intoxicação é incerta. Seu uso também está indicado em casos com implicações legais.

- **Glicemia capilar:** realizar em todos os pacientes.
- **Eletrocardiograma:** realizar em todos os pacientes pois pode fornecer informações importantes. As principais alterações possíveis são alargamento de QRS (bloqueio nos canais de Na) e prolongamento do intervalo QT (bloqueio no efluxo de potássio). Outras alterações frequentes são bradicardia, bloqueio atrioventricular, taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular e taquicardia sinusal.
- **Rx tórax/abdome:** pode ser útil na detecção de substâncias radiopacas – Sais de cálcio, pacotes de crack ou cocaína, metais pesados, compostos iodados, lítio, sais de potássio, cápsulas revestidas, salicilatos, sais de sódio.
- **Outros:** hemograma, gasometria venosa com lactato, cloro, Cr, Ur, Na, K, TGO, TGP. Em casos de suspeita de intoxicação por álcoois tóxicos, solicitar osmolaridade sérica.

## 3. MANEJO INICIAL

Apesar de frequentemente apresentarem sinais vitais estáveis, a avaliação inicial deve ser sempre em Sala de Emergência

### Os pilares do atendimento são:

- **Suporte:** avaliação sistematizada com prioridade para a estabilização do paciente. Seguir o acrônimo ABCDE, garantindo patência da via aérea, suporte ventilatório, suporte hemodinâmico e avaliação neurológica sempre checando também as pupilas.
- **Descontaminação:** método depende de substância ingerida, tempo transcorrido, gravidade. Métodos descritos abaixo.
- **Antídotos:** aplicáveis para algumas substâncias específicas, conforme tabela a seguir.
- **Aceleração da eliminação:** processos ou procedimentos para aceleração de eliminação ou retirada mecânica (por exemplo, hemodiálise) da substância.
- **Controle de agitação:** a agitação deve ser tratada preferencialmente com benzodiazepínicos, evitando medicamentos que possam diminuir o limiar convulsivo. Recomenda-se consultar o Pathway para controle de agitação psicomotora disponível no Medical Suite.
- **Convulsões:** devem ser tratadas com benzodiazepínicos, podendo-se associar barbitúricos se necessário. Recomenda-se consultar os protocolos institucionais para o manejo de crise e estado de mal epilético.
- **Taquiarritmias ventriculares:** deve-se utilizar o Bicarbonato de Sódio 8,4% na dose 1-2mEq/kg como primeira escolha. No contexto das intoxicações, as drogas que mais comumente provocam taquiarritmias como cocaína, antidepressivo tricíclicos e carbamazepina agem no canal de cálcio do miócito, portanto devemos evitar o uso da Amiodarona.
- Discussão com Risco Psiquiátrico em caso de tentativa de suicídio (número disponível ao final do documento).
- Contato com CIATOX para discussão de terapias específicas e auxílio no manejo (número disponível ao final do documento).

Substância	Antídoto/Dose	Indicação
<b>Cocaína</b>	Diazepam 5 – 10 mg EV, repetir em 5 a 10 minutos, se necessário. Midazolam 2,5 – 5 mg EV ou IM, repetir em 5 a 10 minutos se necessário.	Sintomas cardiovasculares, incluindo hipertensão, ou sintomas neurológicos.
<b>Organofosforados e Carbamatos</b>	Atropina 1 – 5 mg EV ou IM no adulto; 0,02-0,05mg/kg (máx. 2mg) em crianças a cada 5 minutos até reversão da intoxicação.	Pacientes em Síndrome Colinérgica.
<b>Opioide</b>	Naloxona: 0,2 – 1 mg EV ou IM; 2 mg se PCR.	Rebaixamento do nível de consciência, bradipneia, parada respiratória, PCR.
<b>Sulfonilureias</b>	Octreotida: 50 – 100 mcg em adultos; 1 - 1,5 mcg/kg em crianças EV a cada 6 horas.	Hipoglicemia sintomática
<b>Benzodiazepínicos</b>	Flumazenil: 0,2 mg EV. Faixa de dose cumulativa usual: 1 a 3 mg; Dose cumulativa máxima usual: 3 mg.	Coma exclusivamente por benzodiazepínicos. Atenção para o risco de crise convulsiva.
<b>Monóxido de carbono</b>	Oxigênio em máscara não-reinalante a 15 L/min Consultar <a href="#">Pathway Atendimento à Vítima de Inalação de Fumaça</a>	Exposição à fumaça com sintomas de intoxicação por monóxido de carbono.
<b>Tricíclicos</b>	Bicarbonato de sódio 8,4%: 1 – 2 mEq/kg EV	Presença de choque, QRS > 120 ms ou taquicardia ventricular.
<b>Betabloqueadores e bloqueadores de canal de cálcio</b>	Glucagon: 5 mg IM, pode ser repetido até 3 vezes. Gluconato de Calcio: 30 ml EV diluído em SF 0,9%	Presença de choque e depressão miocárdica.
<b>Paracetamol</b>	N-acetilcisteína (NAC) Primeiras 4 horas: infusão de 50 mg/kg/h (total de 200 mg/kg no período). Realizado nas 16 horas seguintes: 6,25 mg/kg/h, em um total de 16 horas (total de 100 mg/kg no período).	Ingesta de 10g ou mais de paracetamol.
<b>Cianeto</b>	Hidroxibalamina: 5g + SF 0,9% 200 ml, correr em 15 minutos. Consultar <a href="#">Pathway Atendimento à Vítima de Inalação de Fumaça</a>	Exposição à fumaça com sintomas de intoxicação por cianeto.
<b>Metanol e etilenoglicol</b>	Fomepizol: ataque 15 mg/kg, seguido por 10 mg/kg a cada 12 horas EV. Etanol: ataque 10 ml/kg (etanol 10%) em 1 hora. Manutenção de 1 ml/kg/h. Duração do tratamento Consultar <a href="#">Pathway Intoxicação por Metanol</a>	Pacientes sintomáticos com história de exposição ou alta suspeição com pelo menos 2 dos seguintes critérios: pH < 7,35, ânion Gap > 16 mEq/L, Gap Osmolar >10 mEq/L

Tabela 2. Antídotos específicos.

## Estratégias de descontaminação

**Descontaminação cutânea:** Em caso de intoxicações cutâneas, devemos retirar toda a roupa do paciente e realizar a lavagem com água corrente abundante e sabão. A roupa do paciente deve ser colocada em saco plástico e o profissional deve usar luvas e avental de proteção.

**Descontaminação ocular:** Devemos realizar a lavagem ocular com Soro Fisiológico - lembrar-se de realizar a eversão da pálpebra para a lavagem completa.

**Descontaminação gástrica:** remoção funcional da substância no estômago, a fim de prevenir sua absorção. Existem três métodos principais.

**1. Carvão ativado:** Deve ser feito em casos com potencial risco de vida, idealmente na primeira hora após a ingestão, podendo se estender em até 2 horas em alguns casos de substâncias muito letais. Deve ser diluído em água e a administração deve ser por via oral, podendo ser administrado via sonda apenas em casos com via aérea definitiva garantida. Não passar SNG para administração, a não ser que paciente esteja intubado. Não intubar o paciente apenas para passagem de SNG para essa finalidade.

A dose é de **1g/kg de peso do paciente, na dose máxima de 50 g.**

Substâncias que não são adsorvidas não se beneficiam do seu uso, estando, portanto, contraindicadas. Essas substâncias estão descritas na tabela a seguir. Outras contraindicações: rebaixamento do nível de consciência, alto risco de broncoaspiração, indicação de EDA ou presença de obstrução intestinal.

**2. Carvão ativado em múltiplas doses:** Podemos utilizar o carvão ativado em doses seriadas de 50g a cada 4 horas para as seguintes substâncias: Carbamazepina, Dapsona, Fenobarbital, Fenitoína e Salicilatos.

**3. Lavagem gástrica:** Não deve ser feita de rotina, pois está associada a piores desfechos, aumento de complicações (broncoaspiração, perfuração esofágica ou gástrica, desequilíbrios hidroeletrólíticos) e aumento da necessidade de proteção de via aérea.

**Descontaminação intestinal:** Essa indicação deve ser discutida com especialista.

Metais pesados	Íons inorgânicos
Arsênico, chumbo, mercúrio, ferro, zinco, cádmio	Lítio, sódio, cálcio, potássio, magnésio, flúor, iodo
Corrosivos	Hidrocarbonetos
Ácidos e bases	Alcanos, alcenos, hidrocarbonetos aromáticos
Álcoois	Óleos essenciais
Acetona, etanol, etilenoglicol, isopropanol, metanol	-

Tabela 3. Substâncias não adsorvíveis por carvão ativado.

#### 4. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

É muito comum que pacientes vítimas de intoxicações exógenas cheguem com rebaixamento do nível de consciência ou até mesmo comatosos, o que pode tornar a investigação inicial desafiadora. Portanto, é essencial ter em mente outras possíveis causas dessa apresentação clínica, a fim de evitar atrasos diagnósticos de outras condições que são igualmente graves.

A tabela a seguir contém os principais diagnósticos diferenciais e as situações em que devem ser considerados.

Diagnósticos diferenciais	Principais sinais e sintomas
Trauma (incluindo TCE)	Pacientes encontrados desacordados, poucos dados de história disponíveis. Estigmas de trauma presentes (procurar ativamente). Presença de déficit motor dimidiado, presença de anisocoria.
Hipoxemia	Cianose, taquipneia, bradipneia.
Hipotermia	Roupas molhadas, pouca roupa, ambiente de exposição frio (em áreas que estejam no inverno, por exemplo). Bradicardia pode estar presente.
Hipoglicemia	Sudorese, pele pálida e fria.
AVC (isquêmico ou hemorrágico)	Alterações de motricidade ou sensibilidade dimidiadas (fazer estímulo doloroso nos 4 membros para testar), presença de posturas patológicas, anisocoria.
Infecção (incluindo SNC)	História de febre, presença de outros sintomas associados, idade avançada (delirium).
Distúrbios eletrolíticos (Na, Ca, e Mg)	Uso de medicamentos que predisõem a hiponatremia, presença de fatores de risco para distúrbios de Na e Mg
Estado de mal epiléptico/pós-ictal	História de crises convulsivas, história de abalos tônico-clônicos generalizados, liberação de esfíncteres, presença de mordeduras nas laterais da língua.

Tabela 4. Diagnósticos diferenciais.

#### 5. ALOCAÇÃO

- Internação em **UTI** se necessidade de suporte avançado, conforme critérios clínicos.
- Internação em **Semi-UTI** se não houver necessidade de suporte avançado porém com alteração laboratorial ou de sinais vitais. Casos com possível deterioração clínica esperada (como intoxicação por paracetamol) também podem ser alocados nesse setor.
- Necessidade de transferência para unidade hospitalar nos casos das UPAs externas, se houver indicação de internação. A equipe responsável deve ser a equipe da retaguarda da clínica médica ou equipe titular.
- Intoxicações leves ou por substâncias não letais podem ser mantidos em observação com alta após, a depender de critério clínico.

Atentar para os casos de tentativa de suicídio, com necessidade de acionamento do risco psiquiátrico e retaguarda de psiquiatria.

**Atenção: Todo caso de intoxicação exógena é de notificação compulsória, sendo necessário a abertura de notificação no SINAN.**

## 6. TELEFONES

- CCI Hospital Jabaquara: (11) 5012-5311 ou 0800 7713733
- CIATox Hospital das Clínicas: [Telefone de emergência: 0800-014-8110](#). Telefones: (11) 2661-8800 / (11) 2661-8571
- CIATox Goiás: 0800-6464350
- CIAVE Mato Grosso: 0800 722 6061
- CIATOX Bahia: 0800 284 4343

### Risco Psiquiátrico

Contato: (11) 99917-0848. Horário funcionamento: 06:00 às 22:00 horas

## II. Referências

- [1] Maia IWA, Benincá VM, Schubert DUC, da Cunha VP, Lunardi MC, Guimarães HP, eds. Tratado de Medicina de Emergência. São Paulo: Manole; 2017. 2192 p.
- [2] Canitrot E, Turgeon AF, Moore L, Diendéré E, St-Onge M. Effect of taste additives on the palatability of activated charcoal: a systematic review. J Med Toxicol. 2023;19:268–79.
- [3] Hoegberg LCG, Shepherd G, Wood DM, Johnson J, Hoffman RS, Caravati EM, et al. Systematic review on the use of activated charcoal for gastrointestinal decontamination following acute oral overdose. Clin Toxicol. 2021;59:1–13.
- [4] Olkkola KT. Effect of charcoal-drug ratio on antidotal efficacy of oral activated charcoal in man. Br J Clin Pharmacol. 1985;19:767–7
- [5] Christophersen AB, et al. Activated charcoal alone or after gastric lavage: a simulated large paracetamol intoxication. Clin Toxicol. 1999;37(6):753–7
- [6] Buckley NA, Whyte IM, O'Connell DL, Dawson AH. Activated charcoal reduces the need for N-acetylcysteine treatment after acetaminophen (paracetamol) overdose. Clin Toxicol. 1999;37(6):753–7
- [7] Merigian KS, Woodard M, Hedges JR, Roberts JR, Stuebing R, Rashkin MC. Prospective evaluation of gastric emptying in the self-poisoned patient. Am J Emerg Med. 1990;8:479–88
- [8] Saetta JP, March SM, Gaunt ME, Quinton DN. Gastric emptying procedures in the self-poisoned patient: are we forcing gastric content beyond the pylorus? J R Soc Med. 1991;84:274
- [9] Kellermann AL, Fihn SD, LoGerfo JP, Copass MK. Impact of drug screening in suspected overdose. Ann Emerg Med. 1987;16:1206–16
- [10] Olson KR, Pentel PR, Kelley MT. Physical assessment and differential diagnosis of the poisoned patient. Med Toxicol. 1987;2:52–8.
- [11] Savitt DL, Hawkins HH, Roberts JR. The radiopacity of ingested medications. Ann Emerg Med. 1987;16:331–9
- [12] Erickson TB, Thompson TM, Lu JJ. The approach to the patient with an unknown overdose. Emerg Med Clin N Am. 2007;25:249–81.
- [13] Hammett-Stabler CA, Pesce AJ, Cannon DJ. Urine drug screening in the medical setting. Clin Chim Acta. 2002;315:125–35.
- [14] Benson BE, Hoppu K, Troutman WG, Bedry R, Erdman A, Höjer J, et al. Position paper update: gastric lavage for gastrointestinal decontamination. Clin Toxicol. 2013;51:140–6.
- [15] Hoegberg LCG, Shepherd G, Wood DM, Johnson J, Hoffman RS, Caravati EM, et al. Systematic review on the use of activated charcoal for gastrointestinal decontamination following acute oral overdose. Clin Toxicol. 2021;59:1196–227.
- [16] American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position paper: single-dose activated charcoal. Clin Toxicol. 2005;43:61–87.
- [17] Bochner R, Freire MM. Análise dos óbitos decorrentes de intoxicação ocorridos no Brasil de 2010 a 2015 com base no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25:1545–56.
- [18] Rangel NL, Francelino EV. Caracterização do perfil das intoxicações medicamentosas no Brasil, durante 2013 a 2016. Id on Line Rev Mult Psic. 2018;12:121–35
- [19] Gummin DD, Mowry JB, Beuhler MC, Spyker DA, Rivers LJ, Feldman R, et al. 2022 Annual Report of the National Poison Data System® (NPDS) from America's Poison Centers®: 40th Annual Report. Clin Toxicol. 2023;61:717–939.

<b>Código Documento:</b> CPTW497.1	<b>Elaborador:</b> Bruno Marques Caio Godoy Rodrigues	<b>Revisor:</b> Fernando Ramos de Mattos	<b>Aprovador:</b> Andrea Maria Novaes Machado	<b>Data de Elaboração:</b> 18/02/2026	<b>Data de Aprovação:</b> 20/02/2026
---------------------------------------	---	---	---	--	---