

# Capítulo 20

## **INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA NO CONTEXTO DO AUTOEXTERMÍNIO: EPIDEMIOLOGIA E MANEJO DO QUADRO AGUDO**

JÚLIO PINHEIRO DE PAULA<sup>1</sup>  
LUÍS GUSTAVO RODRIGUES BARBOSA<sup>1</sup>  
MAURÍCIO MORAES ASSIS<sup>1</sup>

1. *Discente - Medicina da Universidade Federal de Lavras*

*Palavras Chave: Intoxicação medicamentosa; Autoextermínio; Urgência e Emergência.*

## INTRODUÇÃO

O suicídio é um importante problema de saúde pública, com impactos na sociedade como um todo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que no mundo, mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, sendo a 4ª maior causa de mortes de jovens entre 15 e 29 anos de idade. Apesar de apresentarem métodos distintos para realização da tentativa de suicídio, a intoxicação exógena por medicamentos prevalece entre os indivíduos com ideação suicida (GOMES *et al.*, 2020). As drogas mais comumente implicados são os ansiolíticos, antidepressivos, analgésicos e anticonvulsivantes (RIOS *et al.*, 2005).

Diante desse paciente, as medidas de suporte são a fase mais importante do primeiro atendimento e, frequentemente, são suficientes para assegurar a recuperação do doente. A história clínica deve ser confirmada com a equipe de atendimento pré-hospitalar e pessoas do círculo de convivência do paciente e confrontada com dados clínicos e laboratoriais, pois a capacidade do paciente em fornecer informações é frequentemente limitada. O nível e o conteúdo da consciência, sinais vitais e alterações pupilares são os elementos mais importantes do exame físico, permitindo classificar o paciente em síndromes conhecidas. A identificação do quadro sindrômico permite o correto manejo mesmo sem conhecer o xenobiótico específico (PEREIRA *et al.*, 2019).

Após as medidas iniciais de ressuscitação e estabilização, deve-se avaliar a necessidade e o risco-benefício de possíveis intervenções. Estas incluem proteção de vias aéreas, ventilação de suporte, ressuscitação volêmica, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos e tratamento de hipo/hipertermia. O paciente pode intercorrer com crises convulsivas e arritmias, as quais demandam abordagem espe-

cífica. Antídotos são capazes de reverter rapidamente os sintomas, mas estão disponíveis apenas para uma minoria dos casos. Dependendo da janela de tempo e da substância envolvida, o paciente pode ser elegível para a descontaminação do trato gastrointestinal com carvão ativado, lavagem gástrica e/ou irrigação intestinal. Também existe a possibilidade de otimizar a eliminação de xenobióticos, por meio da alcalinização urinária, hemodiálise e hemoperfusão e irrigação colônica (GHANNOUM & GOSSELLIN, 2013).

O objetivo deste estudo foi fornecer um panorama das intoxicações medicamentosas no contexto do autoextermínio, quais as drogas mais implicadas, manifestações clínicas de cada síndrome e manejo no departamento de emergência. Dando especial atenção para os métodos de descontaminação gastrointestinal, devido à relativa simplicidade em realizá-los e ao potencial benefício quando bem indicados. Dessa forma, espera-se criar uma ferramenta simplificada para orientar a conduta do profissional de saúde frente a esses agravos.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de março de 2022, por meio de pesquisas em bases de dados (*Medscape* e *UpToDate*) e em livros texto. Foram utilizados os descritores: intoxicações exógenas por medicamentos, intoxicações agudas por medicamentos, descontaminação gástrica e tentativa de autoextermínio com medicamentos. Desta busca foram encontrados 22 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2005 a 2023 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão e meta-análise, disponibilizados na

íntegra. Houve especial interesse nos trabalhos cujos resultados têm aplicação direta na prática médica, orientando raciocínio clínico e conduta. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 09 artigos, 02 capítulos de livros e 02 portarias do Governo Federal que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva e em tabelas, contemplando a epidemiologia das intoxicações agudas no Brasil e no mundo, a abordagem geral do paciente no departamento de emergência, o reconhecimento das síndromes tóxicas, a descontaminação gástrica, os métodos para otimizar a eliminação de xenobióticos e as abordagens específicas diante das principais drogas implicadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Epidemiologia das intoxicações medicamentosas

As intoxicações medicamentosas compreendem a manifestação de uma série de sinais e sintomas associados à exposição a uma dose acima da terapêutica, devido à sobredose, interação medicamentosa e/ou à automedicação inapropriada. Logo, a intoxicação é um efeito medicamentoso dose-dependente, variável com a predisposição individual do usuário e com as várias interações enzimáticas do metabolismo ou via de aplicação do fármaco, o qual foi ingerido, inalado, injetado ou entrou em contato com a superfície corporal (pele, mucosa e olhos) de forma proposital ou acidental (TOSCANO *et al.*, 2016).

A prática da automedicação é feita de modo demasiado não só no Brasil, como também em

todo o mundo, e as causas para tal prática podem estar ligadas ao fácil acesso a medicação para tratar problemas de saúde diversos e à demora ou ao elevado custo para conseguir atendimento médico nos ambulatórios. Dessa forma, a utilização irracional de medicações pode desencadear um quadro de intoxicação em razão da falta de aconselhamento profissional, erro de posologia ou da via de administração.

No Brasil, os medicamentos se apresentam como o principal agente tóxico, com cerca de 28% de causa dos eventos anuais de intoxicação humana registrados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (SINI-TOX, 2017), sendo que benzodiazepínicos, antibióticos, antidepressivos e anti-inflamatórios são as classes de medicamentos que mais intoxicam em nosso país.

No entanto, ao realizarmos essa pesquisa ao redor do mundo, nota-se que essas tendências variam de acordo com a localização. As classes mais comuns de medicamentos que motivaram a procura pelo serviço médico de emergência nos Estados Unidos são os analgésicos (15.2%), antidepressivos (11.4%) e opióides (10.9%). Estudos de casos de autointoxicação no Reino Unido e na Espanha demonstraram que analgésicos, benzodiazepínicos e antidepressivos representam a maior parcela de drogas utilizadas com essa finalidade. Entretanto, em um estudo de pacientes noruegueses, foi reportado que o uso mais prevalente de drogas (excluindo o álcool) envolviam o paracetamol, os opióides e o gama hidroxibutirato (GHB). Um estudo alemão de admissões de intoxicação em unidades de terapia intensiva (UTI) denotou os benzodiazepínicos, antidepressivos e anti-histamínicos como os fármacos mais comuns encontrados. Em Israel, um relatório de dados do centro nacional de informações antivenenos revelou que analgésicos, produtos de limpeza e antimicrobianos são os principais xenobióticos re-

portados em intoxicações. Enquanto isso, na África e no leste da Ásia, os agrotóxicos são responsáveis por mais eventos de intoxicação do que os medicamentos (LEVINE, 2021).

Diante da alta prevalência dos incidentes envolvendo intoxicações exógenas, a Portaria nº 204 do Ministério da Saúde, de 17 de fevereiro de 2016, incorporou os eventos de toxicidade medicamentosa à categoria de notificação compulsória semanal. Por conseguinte, é obrigatória a comunicação à autoridade de saúde (Secretaria Municipal de Saúde/SMS, Secretaria Estadual de Saúde/SES ou Ministério da Saúde/MS), realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados sobre a ocorrência de intoxicação exógena, abrangendo não só os medicamentos, como também agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados (BRASIL, 2016).

Essa forma de notificação compulsória é fundamental para a coleta de dados mais precisos e atualizados sobre o tema e, assim, possibilitarem ações de promoção e prevenção da saúde pública, como estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, proteção e prevenção do autoextermínio e de recuperação da saúde do indivíduo, sendo essas ações resguardadas pelas Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006). Entretanto, devido a subnotificação, os dados não apresentam a real magnitude da situação no Brasil.

Portanto, ao analisar que a tentativa de suicídio (59%) foi identificada como a principal circunstância envolvida no desfecho de intoxicações por medicamentos, tanto de homens como de mulheres (TOSCANO *et al.*, 2016), é imprescindível aos profissionais de saúde o conhecimento dos quadros sindrômicos dos principais xenobióticos e suas respectivas con-

duitas no que diz respeito à monitorização do paciente, medidas de suporte, intervenções terapêuticas e uso de antídotos para neutralizar os potenciais agravos e, dessa maneira, impedir possíveis fatalidades.

### **Manejo do paciente com intoxicação por medicamentos**

O manejo inicial do paciente potencialmente intoxicado inclui avaliação e estabilização dos sinais vitais, formulação da hipótese diagnóstica da síndrome tóxica correspondente e tratamento adequado. Frequentemente os pacientes estão inconscientes ou não cooperativos, dessa forma, é importante tentar obter informações com testemunhas, familiares e a equipe pré-hospitalar. Os medicamentos utilizados e suas dosagens são informações fundamentais a serem obtidas o mais rápido possível (PEREIRA *et al.*, 2019).

A estabilização inicial dos pacientes sintomáticos ou com ingestão em níveis tóxicos de medicação segue a metodologia do sistema ABCDE do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), dessa forma, prioriza-se a estabilização de vias aéreas, componente respiratório e cardiovascular. Nos casos de pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR) acrescenta-se ao protocolo do ACLS por recomendação da *American Heart Association* (AHA) a possibilidade de uso de naloxona intra PCR em caso de suspeita clínica de intoxicação por opioides, porém não há consenso em diretrizes brasileiras (GONÇALVES *et al.*, 2018).

Apresentando estabilidade, o paciente precisa ser submetido a exame físico por sistemas (**Tabela 20.1**) para definir possível padrão de síndrome tóxica (**Tabela 20.2**) apontando, dessa forma, para o uso de certas classes farmacológicas o que permite a tomada de condutas mais específicas (LEVINE, 2021).

**Tabela 20.1** Avaliação clínica

<b>Sistema</b>	<b>Avaliação</b>
Estado Geral	Temperatura: hipertermia ou hipotermia Odores característicos: exp.: intoxicação alcoólica, intoxicação por organofosforados (cheiro de alho) Estigmas clínicos de trauma
Sistema Nervoso Central	Rebaixamento do nível de consciência Estado Mental (exp.: alucinações, hipervigilância e confusão) Avaliação pupilar: midríase? Miose? Fasciculações, movimentos anormais Convulsões, síncope
Cardiovascular	Avaliação da pressão arterial Avaliação da frequência cardíaca Ausculta: sopro novo ou presumivelmente novo?
Respiratório	Avaliação das narinas: exp.: lesão por inalação por cocaína Saturação de O <sub>2</sub> : necessidade de oxigênio suplementar Frequência respiratória Ausculta pulmonar: presença de roncos, crepitações
Gastrointestinal	Avaliação da cavidade oral: presença ainda de substância exógena? Lesão cavidade oral (por ingestão de substâncias fortemente ácidas ou básicas) Avaliação da salivação: cavidade oral seca ou sialorreia Aumento ou redução dos ruídos hidroaéreos Avaliação de bexigoma
Pele	Presença ou não de sudorese: pele úmida e quente vs. pele seca e quente Presença de equimoses, escoriações, pontos de punção venosa prévia: atentar para sinais de trauma Avaliação de cianose

**Fonte:** Adaptado de (PEREIRA *et al.*, 2019).

Tabela 20.2 Síndromes tóxicas

Síndrome	Manifestações clínicas	Drogas
Anticolinérgica	Agitação, alucinação, delírium, convulsões Midríase Hipertermia, taquicardia, hipertensão, Taquipneia e arritmias Mucosas e pele secas, redução de peristalse Retenção urinária	Anti-histamínicos; Anti-parkinsonianos; Atropina; Ciclobenzaprina; Escopolamina; Tricíclicos
Colinérgica	Confusão mental, RNC, convulsões, miose Bradycardia, hipertensão, taquipneia Sialorreia, incontinência urinária e fecal, diarreia e vômitos, lacrimajamento, broncoespasmo e fasciculação	Carbamatos; Fisostigmina; Gás sarin; Nicotina; Organofosforados; Pilocarpina
Simpaticomimética	Agitação, alucinação, hiper-reflexia, midríase Hipertermia, taquicardia, hipertensão e taquipneia Sudorese, tremores de extremidades	Anfetamina; Cafeína; Cocaína; Efedrina; Teofilina
Serotoninérgica	Confusão, agitação, coma, midríase Hipertermia, taquicardia, hipertensão, taquipneia Tremor, hiper-reflexia e hipertonia (maior em MMII), sudorese, rigidez, trismo e diarreia	Inibidores da MAO; Inibidores seletivos da recaptção de serotonina; Tramadol, se em associação com ISRS ou duais; Tricíclicos
Sedativo-hipnótica	Rebaixamento do nível de consciência, pupilas variáveis Bradycardia Depressão respiratória	Álcool; Barbitúricos; Benzodiazepínicos; Zolpidem
Opioide	Rebaixamento do nível de consciência, pupilas mióticas Bradipneia, bradicardia, hipotensão e hipotermia	Fentanil; Morfina; Metadona; Oxicodona
Alucinogênica	Alucinações, distorção da percepção e do sensorio, agitação, midríase, nistagmo Hipertermia, taquicardia, hipertensão, taquipneia	Anfetaminas; LSD; NMDA

ISRS: inibidores seletivos da recaptção de serotonina; LSD: dietilamida do ácido lisérgico; MAO: monoamina oxidase; MMII: membros inferiores; NMDA: N-metil D-aspartato; RNC: redução do nível de consciência. **Fonte:** Adaptado de (PEREIRA *et al.*, 2019).

Além disso, exames complementares podem ser úteis para o manejo desses pacientes sendo recomendações rotineiras:

- Glicemia Capilar
- ECG
- Hemograma completo
- Eletrólitos como sódio e potássio
- Função renal
- Exames de função hepática
- Exame de urina 1 e toxicológico\*
- Teste de gravidez, se apropriado
- Gasometria arterial, se acidose é suspeitada
- Concentração sérica de álcool, se indicado.
- Lactato sérico

Vale ressaltar que exames toxicológicos têm utilidade limitada durante o atendimento inicial e nem todos os medicamentos possuem níveis sanguíneos disponíveis para medição. Alguns medicamentos só podem ter seus níveis sanguíneos detectados dias após a ingestão, o que significa que solicitar exames de titulação de medicamentos cedo demais pode levar a um resultado negativo falso. No entanto, a dosagem de N-acetil-para-aminofenol é uma exceção, pois pode avaliar a intoxicação por paracetamol, que muitas vezes não apresenta sintomas iniciais de toxicidade. Portanto, se houver suspeita de intoxicação por paracetamol, é recomendável solicitar o exame toxicológico o mais cedo possível (ANDRADE, 2021).

Em conjunto com a avaliação inicial e estabilização, outras abordagens terapêuticas incluem impedir a absorção sistêmica do tóxico, utilizar medidas de eliminação da toxina e quando possível utilização de antídoto (LEVINE, 2021).

No contexto de intoxicação medicamentosa a descontaminação por lavagem gástrica apresenta indicação em pacientes que se apresentem ao pronto atendimento em até 1 hora. É mandatório que o paciente consiga proteger sua via

aérea ou que essa esteja protegida, por risco importante de broncoaspiração. Além disso há contra-indicação em casos com ingestão de cáusticos e solventes, sangramentos, risco de perfuração intestinal, instabilidade hemodinâmica; presença de antídoto para o tóxico.

Quanto ao uso de carvão ativado é possível utilizá-lo em conjunto com a lavagem gástrica, via sonda orogástrica no paciente intubado ou por via oral em pacientes com nível de consciência preservado e colaborativos em até 2 horas de exposição. Está contra-indicado em circunstâncias de: intoxicação por substâncias não adsorvidas pelo carvão ou substâncias corrosivas (exp.: ácidos, álcalis, cianeto, lítio, metais pesados), risco de perfuração ou obstrução intestinal, gestantes, rebaixamento do nível de consciência sem proteção de via aérea, agitação psicomotora. Habitualmente a utilização do carvão ativado deve ser feita de modo seriado utilizando o esquema de dose inicial de 50 g (1 mg/kg em crianças) com doses subsequentes de 25 g de 2/2 horas ou 50 g de 4/4 horas por 12 a 24 horas (GONÇALVES *et al.*, 2018).

A lavagem intestinal com solução osmoticamente ativa apresenta-se como alternativa às intoxicações não absorvidas com uso de carvão ativado como o Lítio. Promove aumento de peristaltismo intestinal e assim eliminação dos tóxicos em conjunto com as fezes, reduzindo seu tempo de exposição à mucosa intestinal (GONÇALVES *et al.*, 2018).

Em casos tardios de abordagem terapêutica ou com contra-indicação para os métodos de descontaminação é possível com conhecimento da classe do fármaco intoxicante utilizar-se de métodos capazes de reduzir a titulação sérica sendo necessária expertise médica para avaliar o risco-benefício de cada abordagem (LEVINE, 2021).

Dentre esses métodos, a alcalinização urinária é um método que aumenta a solubilidade de metabólitos como fenobarbital, antidepressivos tricíclicos e clorpromazina. Deve-se man-

ter a meta de pH urinário  $>7,5$  e pH sérico entre 7,55 e 7,6 por meio de 1-2 mEq/kg de bicarbonato de sódio 8,4% em bolus e infusão contínua de 150 mEq de bicarbonato de sódio 8,4% em 1.000 mL de solução glicosada a 5%, infusão de 200-250 mL/h. É preciso monitorizar nível sérico de potássio, bicarbonato e pH (de 2/2 até 4/4 horas) e corrigir distúrbios conforme necessário devido ao risco de hipocalcemia (PEREIRA *et al.*, 2019).

Hemodiálise também é uma alternativa interessante em circunstâncias de pacientes com prejuízo na depuração do composto intoxicante e/ou que apresente baixo peso molecular e baixa afinidade por proteínas plasmáticas. Dentre essas substâncias dialisáveis encontra-se por exemplo o lítio e alguns anticonvulsivantes.

Há ainda em certas ocasiões indicação ao método de emulsão de lípidos, o qual mostra eficácia na absorção de toxinas lipossolúveis e melhora do metabolismo cardíaco. Dessa forma, apresenta boa aplicabilidade em quadros de choque cardiogênico induzidos por anestésicos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, antidepressivos tricíclicos e bupropiona. A dose recomendada é de um bolus inicial de 1,5 mL/kg de solução lipídica a 20%, administrado por 2 a 3 minutos, seguido de uma infusão de 0,25 mL/kg/min. Vale ressaltar que é uma opção muito pouco disponível (PEREIRA *et al.*, 2019).

#### **Uso de antídotos na intoxicação medicamentosa**

Outra importante ferramenta a ser utilizada em eventos de intoxicação medicamentosa é o emprego de um antídoto específico para neutralizar os efeitos nocivos do fármaco. Percebe-se que a maior parte das intoxicações pode ser clinicamente abordada apenas com tratamento de suporte e uso de métodos de descontaminação com carvão ativado, lavagem gástrica, entre outros. Porém, algumas condições determinam

a administração de antídotos e medicamentos específicos, sendo que a ausência desses nas unidades de emergência e serviços de referência representa importante fator limitante ao restabelecimento dos pacientes.

Diante disso, os profissionais da saúde devem conhecer e manejar os antídotos específicos para os principais e mais danosos medicamentos usados com o fim de autointoxicação. Entretanto, apesar de, muitas vezes, serem considerados indispensáveis no tratamento de intoxicações, estudos anteriores apontam para falhas no abastecimento de antídotos em diferentes contextos no Brasil devido a vários fatores, incluindo o custo e a necessidade de manutenção de estoques mínimos, que frequentemente vêm a perder validade e precisam ser repostos (GALVÃO *et al.*, 2013).

O flumazenil é um antagonista competitivo de receptores dos benzodiazepínicos, sendo útil para reverter o efeito de anestesia geral e sedação para procedimentos, ou seja, situações controladas em que é usado apenas os benzodiazepínicos e suas dosagens são conhecidas. Nesse contexto, sua posologia correta é de 0,2 mg IV em 1-2 minutos, podendo repetir em 1 minuto com dose máxima de 1 mg dentro de 1 hora. Em caso de intoxicação por essa classe de medicamentos, deve-se evitar o uso do flumazenil pois, além de não ser totalmente eficaz para reverter o efeito farmacológico da depressão respiratória e ter a meia vida de ação curta, pode predispor a convulsões e arritmias por abstinência dos benzodiazepínicos e devido a atividade pró-convulsivante de outros possíveis tóxicos ingeridos concomitantemente, como os antidepressivos. Outrossim, a intoxicação por benzodiazepínicos possui baixa mortalidade e na maioria das vezes resolve com as medidas de suporte supracitadas, sendo o uso do flumazenil indicado para casos refratários ou graves (LEVINE, 2021).

A naloxona é um antagonista de opióide amplamente usada para reverter a depressão respiratória causada pela intoxicação aguda dessa classe. Este antídoto pode ser usado por via intramuscular (0,4 mg) ou intranasal (2 mg) no ambiente extra-hospitalar ou na dose de 0,4 a 2 mg, IV ou IO, a cada 2-3 min. no ambiente intra-hospitalar. Para PCR associada a opioides, as diretrizes brasileiras não recomendam o uso de naloxona, exceto por alguns casos relatados em humanos em PCR e que responderam a naloxona IV, em doses altas (p. ex., 2 mg, IV, a cada 2 ou 3 min.) (GONÇALVES *et al.*, 2018).

Em casos de intoxicação por paracetamol, a N-acetilcisteína é o antídoto aceito para inibir o metabólito tóxico NAPQI do paracetamol (N-acetil-p-benzoquinona imina) antes de que cause danos às células hepáticas. O início da sua administração deve ser feito, preferencialmente, antes da injúria hepática, isto é, antes do aumento da enzima alanina transferase (ALT) em exame laboratorial, pelo fato de que ela não reverte o dano já causado às células hepáticas. O protocolo para seu uso inclui aplicar uma dose inicial de 150 mg/kg IV por 60 min. Em seguida, administrar uma dose de 50 mg/kg IV por 04 horas (velocidade de infusão de 12,5 mg/kg/horas). E por fim, introduzir uma dose de 100 mg/kg IV por 16 horas (velocidade de infusão de 6,25 mg/kg/horas). Esse tratamento ministra um total de 300 mg/kg em cerca de 20 horas (CHIEW *et al.*, 2021).

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, fica evidente que as intoxicações medicamentosas são um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Inclusive, o cenário atual aponta segmentos deficitários em nossa prática de cuidado, a citar o uso irracional de medicamentos e o adoecimento mental de uma população não assistida

adequadamente. Logo, é impreterível que o profissional de saúde não só esteja a par dessa realidade como também que tenha condições de lidar de forma prática com os agravos, reconhecendo as síndromes clínicas e dominando o manejo das intoxicações mais prevalentes – benzodiazepínicos, antibióticos, antidepressivos e anti-inflamatórios.

Além da abordagem sistemática do paciente grave segundo os preceitos do ATLS, deve-se dominar as técnicas de descontaminação gastrointestinal. O carvão ativado fica indicado apenas para substâncias passíveis de adsorção, com ingesta há menos de 1-2 horas. Estando contraindicado nos pacientes sem proteção de via aérea e na ingesta de toxinas pouco adsorvíveis, a citar ácidos, álcalis, lítio, metais pesados, álcoois e hidrocarbonetos aromáticos. A estratégia do uso de carvão em múltiplas doses tem lugar em intoxicações graves por drogas de recirculação êntero-hepática ou formulação de liberação estendida e em drogas específicas, principalmente carbamazepina, fenobarbital, teofilina, dapsona, AAS e fenitoína.

A irrigação intestinal está indicada para medicações de liberação prolongada, ingestões elevadas de substâncias não adsorvidas por carvão (principalmente ferro e chumbo) ou de pacotes de drogas ilícitas. E é contraindicada obstrução ou perfuração intestinal, hemorragia digestiva, instabilidade hemodinâmica e vômitos incoercíveis. Já a lavagem gástrica não deve ser utilizada rotineiramente, reservando-a para casos de ingestão por substância potencialmente fatal (em qualidade e quantidade) não adsorvida por carvão e inexistência de antídoto.

Ainda nesse contexto, podemos lançar mão das técnicas para otimizar a eliminação de xenobióticos. A alcalinização urinária funciona bem para salicilatos, fenobarbital, metotrexato e sulfonamidas. Antes de ser feita devemos do-

sar função renal, eletrólitos, glicose, pH sérico e pH urinário, níveis séricos de drogas. A hemodiálise e hemoperfusão pode estar indicada na intoxicação por barbitúricos, álcoois, lítio, teofilina, salicilatos. A irrigação colônica com administração de solução eletrolítica de PEG está indicada para ingestão tóxica de formulação de

liberação sustentada ou liberação entérica, toxinas não adsorvidas pelo carvão e ingestão de pacotes de drogas ilícitas. Finalmente, o uso do antídoto farmacológico deve ser reservado para casos de medicações e suas indicações específicas, atentando-se para a questão de sua baixa disponibilidade nos serviços médicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F.C. Manejo da intoxicação aguda causada por medicamentos e cuidado em casos de mordedura de animais e intoxicação por animais peçonhentos, plantas tóxicas e medicamentos. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

BRASIL. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html). Acesso em: 22 março. 2023.

BRASIL. Portaria nº 1876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas. Brasília DF., agosto, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm). Acesso em: 22 março. 2023.

CHIEW, A.L. *et al.* Interventions for paracetamol (acetaminophen) overdose The Cochrane database of systematic reviews, v. 2, n. 2, p. CD003328, 2018.

GALVÃO, T.F. *et al.* Antídotos e medicamentos utilizados para tratar intoxicações no Brasil: necessidades, disponibilidade e oportunidades. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. suppl 1, p. s167, 2013.

GHANNOUM, M. & GOSSELIN, S. Enhanced Poison Elimination in Critical Care. *Advances in Chronic Kidney Disease*, v. 20, n. 1, p. 94, 2013.

GOMES, L.P. *et al.* Perfil de pacientes atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento por tentativa de suicídio no interior do Mato Grosso. *Revista Panorâmica*, v.30, p. 136, 2020.

GONÇALVES, C.F. *et al.* Manejo inicial das intoxicações exógenas. In: Velasco, I.T. *et al.* (eds). Manual de medicina de emergência. BARUERI: Manole, p.936, 2018.

LEVINE, M. L. General approach to drug poisoning in adults. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA: 2021.

PEREIRA, T.V. *et al.* Abordagem específica das intoxicações por fármacos. In: Velasco, I.T. *et al.* (eds). Medicina de emergência: abordagem prática [13.ed.]. BARUERI: Manole, p.1136, 2019.

RIOS, D.P. *et al.* Tentativa de suicídio com o uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. *Revista Eletrônica de Farmácia* v. 2, p. 6, 2005.

SINTOX (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Revisão estatística anual de casos, óbitos e letalidade de intoxicação humana por agente e região. Fundação Oswaldo Cruz/ Centro de Informação Científica e Tecnológica. Rio de Janeiro. Brasil. 2017. Disponível em: [https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files/Brasil3\\_1.pdf](https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files/Brasil3_1.pdf). Acesso em março, 2023.

TOSCANO, M.M. *et al.* Intoxicações exógenas agudas registradas em centro de assistência toxicológica. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 9, n. 3, p. 425, 2016.