

TEMAS ORIENTADOS

ANTICOLINESTERÁSICOS

Almeida JSCB¹, Oliveira LL², Ferreira MCT²

¹FHEMIG, ²UFMG

Os agentes anticolinesterásicos, representados pelos carbamatos e organofosforados, estão presentes no mercado em diversas apresentações (líquido, pó, spray) e são usados em várias atividades (agricultura, dedetização). Sendo assim, o acesso a eles é facilitado, tornando frequente a intoxicação acidental ou por tentativa de auto-extermínio. A absorção pela via inalatória é a mais rápida, seguida da via digestiva e cutânea. A substância distribui-se por todos os tecidos e sua eliminação se dá pela urina e fezes. Esses agentes atuam inibindo a enzima anticolinesterase (ACHE) presente na fenda sináptica, acumulando acetilcolina nos receptores colinérgicos e ocasionando assim, uma hiperestimulação do sistema nervoso autônomo parassimpático. A ligação formada com a enzima pode ser reversível, no caso do carbamato ou irreversível no caso do organofosforado, uma vez que nesse caso a hidrólise da ligação é muito lenta. As manifestações clínicas surgem após inibição de 50% do pool da ACHE, podendo ocorrer de minutos a horas após o contato. As primeiras manifestações são muscarínicas: miose, sudorese, sialorréia, lacrimejamento, náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreia e bradicardia. A seguir, surgem as nicotínicas: fasciculações, câibras, hipertensão arterial, arritmias cardíacas e insuficiência respiratória. As manifestações nicotínicas quando presentes indicam gravidade. O diagnóstico é baseado no quadro clínico e exames laboratoriais. A dosagem da pseudocolinesterase, em que se dosa a enzima plasmática e não a da fenda sináptica é útil, mas pode levar a superestimulação da gravidade. A abordagem inicial deve estar voltada para a estabilização do quadro. É importante a descontaminação, com retirada de roupas e lavagem corporal com sabão alcalino e a lavagem gástrica por sonda nasogastrica, idealmente até duas horas após a intoxicação. O uso do carvão ativado está indicado, na dose de ataque e manutenção. A atropina tem ação anticolinérgica e é usada como tratamento sintomático, revertendo apenas os sinais e sintomas muscarínicos. A pralidoxima é uma substância capaz de regenerar a ACHE ligada ao organofosforado, somente indicada nesses casos. O prognóstico é bom, caso o paciente seja tratado em tempo hábil.

Email: luddioliveira@hotmail.com

DOMISSANITÁRIOS EM ADULTOS: CÁUSTICOS E HIDROCARBONETOS INALATÓRIOS E CUTÂNEOS

Silveira LR, Mares VSL, Silva MBR

¹FHEMIG, ²UFMG

Resumo: O trabalho visa abordar o conceito de domissanitários, sua prevalência nas intoxicações registradas no serviço de toxicologia do Hospital João XXIII, e a fisiopatologia das lesões provocadas por hidrocarbonetos e cáusticos, inalatórios e cutâneos. Domissanitário é um termo utilizado para identificar os saneantes destinados a uso domiciliar, ambientes coletivos e/ou públicos, compreendendo detergentes, alvejantes, desinfetantes, gasolina, óleos lubrificantes, entre outros. Segundo dados do Centro de Informações e Acidentes Toxicológicos de Belo Horizonte - CIAT / BH no ano de 2008, há uma prevalência de atendimentos presenciais de intoxicação por hipoclorito de sódio (51%), seguidos de ácidos (18%), soda cáustica (10,5%), miscelânea (10,5) e amônia (10%). A intoxicação cáustica por via inalatória provoca uma lesão inicial de intensa inflamação, aumento de secreções, edema, broncoespasmo, dispnéia e cianose. Pode ainda haver manifestações sistêmicas como cefaléia, tontura, fraqueza, hipotensão e taquicardia. Por via cutânea os agentes cáusticos produzem lesão tecidual alterando a estrutura da derme ou membrana mucosa, provocando queimadura grave com necrose liquefativa. A via respiratória é a principal via de absorção dos hidrocarbonetos do petróleo, em especial, daqueles com elevada pressão de vapor. Exercem toxicidade como asfixiantes podendo substituir os gases alveolares e causar hipoxemia. O pulmão em si pode não ser lesado, mas atravessa a membrana alvéolo-capilar, são absorvidos pelo sangue, causando depressão do sistema nervoso central. O contato com a pele de alguns hidrocarbonetos podem causando sérios danos ao tecido com padrão de dermatite eczematóide, queimaduras e manifestações sistêmicas.

Email: vivamares@hotmail.com

A INCIDÊNCIA DO ESCORPIONISMO NA CIDADE DE BELO HORIZONTE

Nascimento KKF¹, Lamana F¹, Sato AS²

¹UFMG, ²FHEMIG

Introdução: Escorpionismo pode ser definido como o quadro clínico resultante do envenenamento por picada de escorpião. Sua abrangência corresponde a 59,5% dos acidentes com animais peçonhentos atendidos no Hospital João XXIII. Na região metropolitana de Belo Horizonte o *Tityus serrulatus* (escorpião amarelo) é a espécie responsável por quase a totalidade dos casos. O veneno do *T. serrulatus* é o de maior potência para o ser humano, quando comparado com outras espécies, segundo Lourenço et al, 2003. Geralmente há dor no local da picada, podendo ocorrer parestesias, sudorese e discreto edema na região. **Objetivo:** Revisar e atualizar a incidência do escorpionismo na cidade de Belo Horizonte. **Método:** Foi realizada uma pesquisa por artigos e teses no portal CAPES, associando as palavras escorpionismo e Belo Horizonte no buscador. **Resultados:** No estudo mais recente, Campolina (2006) analisou os aspectos clínicos e epidemiológicos de 1143 casos de pacientes picados por escorpião atendidos no Serviço de Toxicologia no ano de 2004. Do total de acidentes, 75,3% ocorreram no domicílio, enquanto 14,0% no ambiente de trabalho. Os locais de maior frequência de picada foram mãos (29,2%), os pés (22,4%) e os dedos das mãos (13,2%). A soroterapia antiescorpiônica foi necessária em 4,9% dos pacientes. Com relação à distribuição geográfica em Belo Horizonte, observou-se uma incidência maior de escorpionismo nas regiões Noroeste e Nordeste. **Conclusão:** Pode-se concluir que há diferenças epidemiológicas e clínicas entre regiões da de Belo Horizonte quanto aos casos de escorpionismo. Enfatiza-se a importância do atendimento precoce do paciente, destacando-se que a soroterapia específica muitas vezes não evitou a gravidade do quadro clínico.

Email: keniafiaux@hotmail.com

TOXÍNDROMES: CLASSIFICAÇÃO INICIAL DO PACIENTE INTOXICADO

Gontijo DL¹, Caixeta LAB¹, Ciruffo PD²

¹UFMG, ²FHEMIG

As intoxicações exógenas, comuns em nosso meio, expressam-se através de alterações de diversos parâmetros clínicos do paciente que fez uso ou foi exposto a um determinado agente intoxicante. A análise conjunta dos sinais e sintomas verificados na anamnese e exame físico destes pacientes nos permite abordá-lo de maneira sindrômica, iniciando assim a terapêutica adequada sem que haja necessidade de se determinar, de imediato, a substância responsável por tais manifestações. A partir daí, pode-se enquadrar o paciente em determinadas categorias sindrômicas, as chamadas toxíndromes ou síndromes tóxicas. Tal classificação torna-se possível uma vez que, apesar das intoxicações ocorrerem por substâncias químicas diversas, elas obedecem padrões semelhantes devido à ação sobre sistemas específicos. Os principais parâmetros a serem analisados durante a abordagem inicial do paciente intoxicado que permitem a classificação em uma determinada toxíndrome são: sinais vitais (pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca), pupilas (tamanho e responsividade à luz), temperatura corporal, hidratação da pele e mucosas, peristaltismo e estado mental. Após a classificação sindrômica do paciente e sua posterior estabilização clínica, faz-se necessária uma melhor abordagem diagnóstica, incluindo a realização do exame físico mais minucioso e, se necessário, propedêutica complementar, com o objetivo de descobrir qual o agente responsável pelo quadro. Assim sendo, a classificação do paciente intoxicado em uma das toxíndromes deve ser de conhecimento dos médicos generalistas, pois permite uma estabilização mais rápida do paciente intoxicado, facilitando uma abordagem terapêutica posterior mais adequada.

Email: dani_gontijo@yahoo.com.br

TOXICOLOGIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: USO ABUSIVO DE CETAMINA, OPIÓIDES E PROPOFOL

Cajazeiro JMD¹, Bicalho DM¹, Arruda ALRP¹, Gomez RS²

¹UFMG, ²Pós-doutor em Anestesiologia, Professor titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG

Introdução: Em 1883, Ogle demonstrou que a população médica tinha maior risco de morrer por complicações da cirrose ou por envenenamento, sugerindo um maior uso abusivo de drogas por esta população. Em 1993, Silverstein JH, *et al.*, publicou um estudo demonstrando uma maior prevalência no uso de abusivo de opióides pelos anestesistas. Desde então, houve um aumento no estudo desse tipo de comportamento entre os profissionais da área de saúde, na tentativa de melhor caracterizá-lo e apontar formas de diminuir sua prevalência. No entanto, o que é percebido é o aumento da prevalência da dependência de drogas entre os profissionais de saúde devido a fatores como o grande estresse no meio de trabalho e a extensas jornadas de trabalho. Outras hipóteses etiológicas são relacionadas com a bioquímica, a genética, o tempo de exposição e a psiquiatria. O fácil acesso a algumas substâncias no local de trabalho favorece a drogadição por medicamentos hipnóticos e analgésicos opióides. **Resultados:** Dentre os profissionais de saúde a prevalência da dependência química de Propofol, opióides – principalmente fentanil e sulfentanil – Cetamina é maior entre os anestesistas, os médicos socorristas e os psiquiatras. Foi encontrada também considerável associação entre a dependência química desses profissionais e outras psicopatologias, como transtornos de personalidade e depressão, que podem até mesmo influenciar a escolha da droga utilizada. **Conclusão:** Apesar da constatação do aumento da dependência química de Propofol, opióides e Cetamina entre os profissionais da saúde, pouco ainda se faz para garantir maior controle e impedir o acesso a esses medicamentos para uso próprio. Menos ainda se sabe sobre a segurança do profissional, no retorno ao ambiente de trabalho de um profissional após reabilitação.

Email: juniamdc@gmail.com