

[Digite aqui]

Síndrome simpaticomimética por intoxicação



Mulher sentada com xícara de café, aquarela de Alphonse Mucha.

Protocolo de conduta

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento de problemas de saúde vinculados ao abuso e à dependência química de substâncias psicoativas.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



[Digite aqui]

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Situações de *overdose* de psicoanalépticos, especialmente de estimulantes da vigília, intencional ou acidental, são os motivos mais comuns, entre os usuários da Rede de Atenção Psicossocial, para estes quadros clínicos.

A síndrome simpaticomimética em intoxicações por abuso de substâncias psicoativas é um quadro de emergência ou de urgência que leva à excitação do sistema nervoso central. As substâncias causadoras da síndrome mimetizam as aminas biogênicas (adrenalina, serotonina e dopamina).

A forma adrenérgica da síndrome, em diferentes graus de intensidade, geralmente é causada por abuso de:

- 1) Anfetaminas
- 2) Cocaína
- 3) Crack
- 4) Ácido lisérgico (LSD)
- 5) Cafeína
- 6) Teofilina

A forma serotoninérgica da síndrome pode ocorrer por reação a antidepressivos inibidores da monoamino-oxidase, atualmente pouco usados.

O abuso de anfetaminas provém de armazenamento caseiro, a partir do contrabando de metilfenidato ou de dextroanfetaminas, conseguidos ilegalmente (por contrabando) ou legalmente. O primeiro é comprado legalmente através de receitas para pessoas supostamente portando transtornos de déficit de atenção e hiperatividade. As segundas, através de receita para emagrecimento. Pessoas com taquiarritmias são as mais vulneráveis, pois a intoxicação pode complicar seriamente o quadro cardíaco.

A cafeína está nos rebites tradicionalmente usados por caminhoneiros e nas bebidas ditas energéticas (geralmente em misturas com taurina, que inclui, também nas contrações cardíacas), além de existir em composições farmacêuticas com ácido acetilsalicílico.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

X40-X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a substâncias nocivas

X42 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a narcóticos e psicodislépticos
[alucinógenos] não classificados em outra parte

X43 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras substâncias
farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo

X44 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras drogas, medicamentos e
substâncias biológicas não especificadas

X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras substâncias químicas
nocivas e às não especificadas

X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente

X62 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos
[alucinógenos] não classificados em outra parte

X63 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de
ação sobre o sistema nervoso autônomo

[Digite aqui]

X64 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas

X69 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas

Y10-Y34 Envenenamentos em eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada

Y12 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a narcóticos e a psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte, intenção não determinada

Y13 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo, intenção não determinada

Y19 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados, intenção não determinada

A classificação dos quadros acima, para fins epidemiológicos, pode ser completada pela especificação do local onde ocorreu, colocando-se o código e um novo dígito após o ponto:

- .0 - residência
- .1 - habitação coletiva
- .2 - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
- .3 - área para a prática de esportes e atletismo
- .4 - rua e estrada
- .5 - áreas de comércio e de serviços
- .6 - áreas industriais e em construção
- .7 - fazenda
- .8 - outros locais especificados
- .9 - local não especificado

Incluem-se, ainda, os seguintes quadros:

T40 Intoxicação por narcóticos e psicodislépticos

T40.5 Intoxicação por cocaína

T40.9 Intoxicação por outros psicodislépticos e os não especificados

T43.1 Intoxicação por antidepressivos inibidores da monoamino-oxidase (IMAO)

F15.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína – intoxicação aguda

3. DIAGNÓSTICO

A forma adrenérgica da síndrome simpaticomimética é caracterizada por taquicardia, hipertensão, hipertermia, diaforese, hiperreflexia, midríase e palidez, podendo evoluir com distorções perceptuais, convulsões, alterações paranoides do pensamento e baixa consciência. As principais complicações são o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal e as arritmias fatais.

A anfetaminas têm outros efeitos especiais, além dos simpaticomiméticos. A metanfetamina denominada MDMA (3,4-metileno-dioxi-metanfetamina), conhecida como êxtase ou ecstasy, tem quadro efeitos colaterais principais: hipertermia, neurotoxicidade, cardiotoxicidade e hepatotoxicidade. Na intoxicação aguda causa hipertensão, hipertermia, trisma, emese, sudorese e desidratação.

A forma serotoninérgica da síndrome simpaticomimética é caracterizada por agitação, confusão, hipertermia, taquicardia, diaforese, mioclonia e tremores, evoluindo progressivamente com hipertonia, convulsões, rabdomiólise, coma e insuficiência renal.

[Digite aqui]

Entre possíveis diagnósticos diferenciais deve-se incluir toxicidade por carbamazepina, infecções do sistema nervoso central, abstinência etílica, abstinência a alguns fármacos (hipnóticos, sedativos ou opioides), insolação, toxicidade por lítio e overdose de simpaticomiméticos.

Nas unidades básicas e nos CAPS deverá ser feita a classificação de risco. Havendo intoxicação emergencial deve ser feito o imediato encaminhamento a um pronto-socorro hospitalar ou ao SAMU.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Prontos-socorros de hospitais gerais, SAMU, unidades de pronto atendimento (UPA).

Em qualquer serviço de saúde, o atendimento de tais casos deve pensado no contexto de uma linha de cuidado às intoxicações.

O **Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC)** é uma unidade pública de referência no Estado de Santa Catarina na área de Toxicologia Clínica, especializada em prover informações para o diagnóstico e tratamento de intoxicações e envenenamentos. Mantém um serviço de plantão 24 horas para informações específicas em caráter de urgência aos profissionais de saúde, principalmente médicos da rede hospitalar e ambulatorial e de caráter educativo/preventivo à população em geral, diretamente ou através de ligação gratuita pelo telefone **0800 643 5252**.

Os casos que forem levados a unidades básicas de saúde ou a CAPS devem ser encaminhados a emergências de hospitais gerais ou ao SAMU.

5. TRATAMENTO

Em situações graves, a prioridade inicial é assegurar vias aéreas, manter ventilação e a oxigenação, manter acesso endovenoso. O serviço que está atendendo o caso deve entrar em contato com o Centro de Informações Toxicológicas, por telefone, passando o caso, discutindo-o e anotando as indicações recebidas.

Havendo concordância da equipe de toxicologia do CIT, os casos apresentando convulsões podem ser tratados com diazepam¹ endovenoso na dose de 0,2 a 0,3 mg/kg/dose^{2, 3}. Na falta de acesso venoso usa-se o midazolam⁴, administrado por via intramuscular na dose de 0,2 a 0,7 mg/kg⁵.

¹ ELKIS LC. Crises sintomáticas agudas. In: MANREZA MLG, GROSSMANN RM, VALÉRIO RMF, GUILHOTO LMFF. **Epilepsia** (infância e adolescência). São Paulo: Lemos Editorial; 2003. p.207-28.

² SIQUEIRA, Luis Felipe Mendonça de. Atualização no diagnóstico e tratamento das crises epiléticas febris. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 4, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400026&lng=en&nrm=iso>.

³ ALBUQUERQUE, Milena de; CENDES, Fernando. Estado de mal epilético em adultos: revisão e proposta de protocolo. **J. epilepsy clin. neurophysiol.**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492011000400009&lng=en&nrm=iso>.

⁴ GALDAMES, C. D.; et al. Intramuscular midazolam in the initial treatment of status epilepticus. **Rev Neurol.** Vol. 42, Nº6 (2006), p.332-5.

SHAH, I.; DESHMUKH, C.T. intramuscular midazolam vs intravenoso diazepam for acute seizures. **Indian J Pediatr.** Vol. 72, Nº 8 (2005), p.667-70.

[Digite aqui]

Em intoxicações leves por ecstasy, hidrata-se e aguarda-se em monitorização. Nas intoxicações moderadas, sedativos por via oral podem ser usados, se necessários.

Quadros graves requerem cuidados intensivos, como ventilação mecânica, controle do balanço hidroeletrólítico e drogas vasoativas. Vasoconstritores poderão ser utilizados em hipotensões importantes. Nas arritmias, atualmente se contraindica o uso de beta-bloqueadores, para estes casos.

Deve-se seguir as recomendações do CIT, após a apresentação do caso por telefone.

STASIUKYNIENE, V.; et al. Epileptic seizures in critically ill patients. **Medicina**, (Kaunas) Vol. 45, Nº6 (2009), p.501-7.

⁵ DE LOURDES PORTELA, Janete; PIVA, Jefferson Pedro. Midazolam versus diazepam for the treatment of status epilepticus in pediatric emergency Abstract in English. **Scientia Medica**, v. 21, n. 4, p. 184-190, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewArticle/9176>>.

[Digite aqui]

ALGORITMO

