

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

Francisco Javier de Morena. Enfermeira Especialista em Enfermagem Pediátrica. Enfermeira no trabalho. Coordenador de Cuidados da Unidade de Neonatologia da HRUM. Membro do grupo de investigação em Cuidados em Málaga IBIMA AA-20 INVESCUIDAMETODOLOGÍA.

Irene Rueda Jiménez. Enfermeira Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestrado em farmacoterapia para enfermeiros em 2013 pela Universidade de Valência. Especialista universitário em cuidados avançados em enfermagem aplicada em 2016 pela Universidade de León.

Luis Francisco Torres Pérez, Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Málaga. Presidente da SAECC-ASADENCA. Enfermeira no Bloco de Qualidade de Cuidados do Hospital Universitário Regional de Málaga. Membro do grupo de investigação em Cuidados em Málaga IBIMA AA-20 INVESCUIDAMETODOLOGÍA.

Resumo: As consultas do Departamento de Emergência Pediátrica sofreram um modesto aumento nos últimos anos. Embora o aumento da presença de tampas de segurança e uma melhor educação sanitária das famílias parecesse justificar uma diminuição do número de consultas nos Departamentos de Emergência Pediátrica. Nos últimos anos tem havido um aumento no número de consultas por intoxicação alcoólica recreativa (Beatriz Azkunaga et al., 2011). O objectivo deste documento é contribuir para a normalização das práticas nesta área, fornecendo as melhores provas disponíveis.

Palavras-chave: envenenamento, emergências, rastreio, toxidromes, antídotos

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática acessando bases de dados como Pubmed, Scielo e a Biblioteca Virtual do Sistema de Saúde Andaluz. Foram incluídos artigos científicos em espanhol, com uma idade máxima de 5 anos. Posteriormente, foram analisados os associados ao envenenamento em idade pediátrica e a sua gestão.

IMPORTÂNCIA DO TEMA

Os envenenamentos são a quinta causa principal de morte por lesão não intencional, sendo as crianças menores de 5 anos, e especialmente as crianças menores de 2 anos, as mais vulneráveis (Arroyo, Rodrigo, & Teresa Marrón, 2014). As intoxicações na faixa etária pediátrica atendidas nos Departamentos de Emergência Pediátrica do hospital em nosso meio representam cerca de 0,30% das consultas atendidas (B Azkunaga, Mintegi, Salmón, Acedo, & Del Arco, 2013).

Mais de 90% dos envenenamentos ocorrem em casa e com produtos domésticos. Embora a mortalidade tenha diminuído, a morbidade e o consumo de recursos de saúde não diminuíram. Até 25% das intoxicações involuntárias ocorrem devido ao armazenamento de certas substâncias em recipientes que não sejam os originais ou deixando-os ao alcance das crianças. Só os cáusticos são responsáveis por 3% do total. Outros 6% de envenenamentos são devidos a erros na administração de medicamentos (Mintegi et al., 2015). Os grupos de drogas mais frequentemente envolvidos foram os psicotrópicos (24,5% de todas as intoxicações não intencionais), anti-catárticos (16,2%) e antipiréticos (15,4%), sendo os benzodiazepínicos o grupo de psicotrópicos mais frequentemente reportado (85,7%) (Zubiaur, Salazar, Azkunaga, & Mintegi, 2015).

Em um estudo realizado em nosso país, foi observado que entre os 12-17 anos de idade, a maior porcentagem de intoxicação ocorre para fins recreativos (45%) e para auto-intoxicação (27%) (Martínez-Sánchez et al., 2020).

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

GERENCIAMENTO DE EMERGÊNCIAS

ANAMNESIS

A. Pacientes.

Podemos distinguir 2 grupos principais de pacientes que se consultam para possíveis envenenamentos:

- Crianças em idade pré-escolar com menos de 5 anos de idade: constituem o maior grupo, no qual os envenenamentos têm as seguintes características:
 - Não-voluntário.
 - Normalmente em casa.
 - Para referência quase intermediária.
 - As crianças são geralmente assintomáticas.
 - O tóxico é conhecido.
 - O prognóstico é geralmente favorável.
- Adolescentes, cujas intoxicações se distinguem por:
 - Podem ser intencionais (geralmente com intenção recreativa e, menos ainda, suicida).
 - Muitas vezes fora de casa.
 - Consulte com tempo de evolução mais longo.
 - Gerar sintomas com muita frequência.
 - O tóxico nem sempre é conhecido.
 - Manuseamento mais complexo.

Um grupo separado de volume muito baixo, mas de grande importância, são envenenamentos intencionais para fins homicidas ou que ocorrem no contexto de abuso (Mintegi et al., 2015).

B. Ferramentas de triagem

As ferramentas para detectar a exposição que têm sido classicamente utilizadas limitam-se a questionar os pais ou as crianças, e não existe uma triagem toxicológica padronizada e acordada aplicada em departamentos de emergência pediátrica. É importante estabelecer 4 pontos fundamentais, pois, dependendo disso, a ação será diferente (Garcia-Algar, Cuadrado González, & Falcon, 2016).

- O tipo de tóxico: é importante notar que geralmente existem substâncias não tóxicas, cuja ingestão não produz geralmente sintomas. Embora nenhum agente químico seja completamente seguro, os materiais listados nos anexos (ver Tabela 1. Substâncias normalmente não tóxicas) foram ingeridos e não produziram toxicidade significativa, exceto em casos de ingestão em massa. A ingestão não tóxica ocorre quando uma pessoa consome um produto que normalmente não produz sintomas.
- A rota de exposição: dependendo de como o contato com o veneno ocorreu, a maneira de eliminá-lo também será diferente.

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

- Exposição oftálmica ou dérmica: agentes químicos, inseticidas, drogas tóxicas, drogas sistêmicas aplicadas topicamente, remédios tradicionais, etc.
 - Exposição respiratória: envenenamento por CO.
 - Exposição digestiva: a mais frequente.
- O tempo decorrido desde o contato: em caso de dúvida sobre se o agente com o qual foi feito o contato é tóxico ou não, é melhor procurar atenção especializada o mais rápido possível.
 - Quantidade: o volume médio de deglutição para uma criança menor de 5 anos é de 5ml, 10 anos é de 10ml e 15ml para um adulto (Beatriz Azkunaga, Mintegi, Bizkarra, Fernández, & da Sociedade Espanhola de Emergências Pediátricas, 2011).

EXPLORAÇÃO

Uma criança com envenenamento pode ser confrontada com uma variedade de situações:

- Situação de risco de vida: isto normalmente não ocorre em envenenamentos acidentais, mas sim em envenenamentos recreativos, embora nem sempre.
- Paciente sintomático mas estável. Neste caso, pode haver alguém por perto para relatar o que aconteceu ou, pelo contrário, terá de ser intuído através dos sintomas: alteração do nível de consciência, acidose metabólica, comprometimento cardiorrespiratório, etc.
- Pacientes assintomáticos que ingeriram uma substância tóxica e cujos efeitos se manifestam a longo prazo ("bombas-relógio"), como pode ocorrer com o paracetamol, MAOIs, ferro, lítio, cogumelos, etc. Cada substância tóxica deve ser conhecida a fim de agir de uma forma específica.
- Contacto com uma substância não tóxica em doses conhecidas. Este é o motivo mais comum de consulta em crianças. É importante assegurar que o produto não seja tóxico, tranquilizar os que acompanham a criança e insistir na importância de prevenir este tipo de acidentes.

(O, n.d.) conhecimento de toxidromes, como um conjunto de sinais e sintomas observados após a exposição a uma substância (Bhaskaran et al., 2015), permitir-nos-á orientar eficazmente os cuidados de emergência iniciais, através de orientações diagnósticas básicas (*links de orientação da sociedade: Tratamento de intoxicações agudas causadas por agentes específicos que não sejam drogas de abuso - UpToDate, n.d.*).

Um apêndice é incluído no final com tabelas que identificam as principais alterações graves e as relacionam com as substâncias que podem potencialmente causá-las (ver tabelas Tabela 2. Anormalidades eletrocardiográficas induzidas por drogas e toxinas Tabela 3: Toxicantes que induzem alterações hemodinâmicas, Tabela 3: Toxicantes que induzem alterações hemodinâmicas Tabela 4 Toxicantes que alteram a termorregulação (*links de orientação da sociedade, n.d.*)) (*Tratamento de intoxicações agudas causadas por agentes específicos que não sejam drogas de abuso - UpToDate, n.d.*).

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

GESTÃO DO PACIENTE INTOXICADO

Medidas de Apoio.

A gestão inicial de um possível envenenamento seria:

- Medidas de apoio à vida se a situação for crítica: ABCDE (Martínez-Sánchez et al., 2020).
 - A. Via aérea: manter a patente da via aérea: facilitar a abertura e aspirar secreções, se presente.
 - B. Ventilação: avaliar auscultação, frequência respiratória, saturação de O₂ e capnografia. Se houver problemas respiratórios, aplicar O₂ com máscara e reservatório a 15 litros/minuto.
 - C. Circulação: avaliar a auscultação cardíaca, FC, PA, pulsos, temperatura da pele e recarga capilar. Se existir comprometimento circulatório, facilitar o acesso venoso para administração de volume e/ou drogas vasoativas.
 - D. Avaliação neurológica: avaliar o nível de consciência, as pupilas e a reatividade motora. Se o nível de consciência diminuir, manter uma via aérea patente, administrar O₂, considerar a intubação endotraqueal e obter acesso venoso.
 - E. Exposição do paciente: tente sempre manter a privacidade do paciente, quer os cuidados se realizem num hospital ou fora dele. Evitar a presença de pessoal não essencial e, se possível, facilitar a presença dos pais no caso de um menor.
- Vigilância naqueles pacientes estáveis que podem posteriormente apresentar um problema derivado do envenenamento, neste caso a vigilância consiste em (Beatriz Azkunaga et al., 2011):
 - Realização de testes de laboratório.
 - Medidas para reduzir a absorção do veneno.
 - Administração de antídotos.
 - Para promover a eliminação do veneno.

Abordagem do Departamento de Emergência

Dependendo da rota de contacto (Martínez-Sánchez et al., 2020):

- Contacto oftalmológico: após contacto com um agente químico, o olho deve ser lavado abundantemente com água ou soro fisiológico durante 20 minutos. Posteriormente, dependendo do agente, o encaminhamento para um especialista será avaliado.
- Contacto com a pele: pode ser com insecticidas, solventes, anestésicos tópicos (tipo EMLA). O vestuário deve ser removido e lavado com água e sabão.
- Inalação: O mais importante é remover o paciente da fonte e administrar 100% de O₂.

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

- Ingestão oral: esta é a mais comum, e o tracto digestivo deve ser descontaminado. Atualmente, a técnica de escolha é a administração de carvão ativado, com lavagem gástrica como segunda opção para aquelas situações em que o carvão não é indicado. A administração de catárticos e a lavagem intestinal total raramente são realizadas. O xarope de ipecac é banido na gestão do paciente pediátrico envenenado (Lapus, Slattery, & King, 2010).

Intervenção terapêutica

(Mintegi et al., 2015) (Martinez-Sanchez et al., 2020)

- Uso de Carvão Activado. Como mencionado acima, este é o método de escolha. Deve ser administrado se a substância tóxica tiver sido ingerida em menos de 1-2 horas, pois a maioria dos venenos líquidos é absorvida em cerca de 30 minutos e, no caso dos sólidos, em 1-2 horas. Depois deste tempo, a descontaminação não é muito eficaz. Deve ser misturado com água para obter um chorume de pelo menos 25g por 200ml de água.
 - Em < 1 ano: 1g/kg.
 - 1-14 anos: 0,5-1g/kg (máx. 25-50g)
 - Em > 14 anos: 25-100g.

Se a criança não tiver tomado o carvão vegetal em 20 minutos, a administração através de um tubo de ouro ou nasogástrico é indicada. Em geral, uma dose é geralmente suficiente, excepto no caso de ingestão de substâncias de libertação retardada (Carbamazepina, Dapsona, Fenobarbital, Quinina...) ou substâncias com recirculação enterohepática activa (Digoxina, Indometacina, antidepressivos tricíclicos...). Pode estar associado a lavagem gástrica em caso de intoxicação aguda com risco de vida, diminuição do nível de consciência (protecção prévia das vias aéreas) ou se houve ou há risco de convulsões.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Alteração do nível de consciência com as vias aéreas desprotegidas.
- Ingestão de substâncias não fixadas: metais pesados (ferro, lítio), álcoois, hidrocarbonetos e cáusticos.
- Perfuração gastrintestinal ou hemorragia.

Possíveis complicações:

- Vômito: se o vômito ocorrer dentro de 30 minutos após a administração de carvão vegetal, uma nova dose a 0,5g/kg pode ser administrada.
- Broncoaspiração.

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

- Absorção de antídotos.
- Lavagem gástrica. É realizado em pacientes com ingestão de grandes quantidades de substâncias tóxicas, que podem se deteriorar na primeira hora após o contato e no caso de ingestão de toxinas que não podem ser absorvidas pelo carvão ativado. Deve ser realizado dentro de 1-2 horas após a ingestão, pois após este tempo pode não ser eficaz.

PROCEDIMENTO:

- Proteger as vias respiratórias ou, se não for possível, entubar.
- Insira o tubo dourado ou nasogástrico.
- Paciente em decúbito lateral esquerdo e trendelemburg.
- Aspirar conteúdo gástrico.
- Se necessário, pode ser introduzida uma dose de carvão activado e esperar 5 minutos para começar.
- Subsequentemente infundir soro fisiológico quente a 10ml/kg (máx. 200-300ml).
- Massagem do quadrante superior esquerdo.
- Aspirar conteúdo gástrico e instilar novamente.
- A operação é repetida até que o conteúdo seja claro.
- Se indicado, uma nova dose de carvão activado ou antídoto, se disponível, é administrada.

ANTIDOTOS

São substâncias que cancelam ou reduzem a toxicidade de uma determinada substância, inibindo a sua acção no organismo ou transformando-a num metabolito inactivo e/ou promovendo a sua eliminação. Tabela 5Antídotos :Tabela 5Antídotos lista alguns antídotos (Mintegi et al., 2015).

Em caso de envenenamento é importante saber aonde ou a quem recorrer: Instituto de Toxicologia e serviços de emergência pediátrica.

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

ANEXOS

Tabela 1. Substâncias normalmente não tóxicas

Substâncias geralmente não tóxicas	
Abrasivos	Edulcorantes (sacarina, ciclamato)
Óleo de banho	Fertilizantes (sem herbicidas ou insecticidas)
Óleo de motor	H2O2
Óleo mineral (excepto sucção)	Incenso
Condicionadores de corpo	Sabonetes e sabonetes de banho de espuma
Aguarelas	Lápis (grafite, cores)
Adesivos	Branqueamento <5% hipoclorito de sódio
Água sanitária	Loção de calamina
Algas marinhas	Loções e cremes para as mãos
Ambientadores (spray e refrigerador)	Lubrificantes
Antiácidos	Maquilhagem dos olhos
Antibióticos (a maioria)	Putty (menos de 60g)
Barro	Óxido de zinco
azul da Prússia	Desumidificação de embalagens
Batons	Pasta de Dentes
Betume (se não contiver anilinas)	Perfumes
Glitter	Jornal
Bronzers	Peróxido de 3%
Fósforos	Tinta (interior ou látex)
Cigarros	Produtos capilares (tónicos, sprays, tintas de cabelo)
Colas e pastas	Purgativos suaves
Colónias	Gel de sílica
Blusher	Amaciadores de tecidos
Contraceptivos	Plugues
Corticosteróides	Termómetros (HG elementar)
Cosméticos	Tinta (preta, azul - não permanente)
Cosméticos para bebés	Tinta esferográfica
Marcadores fáceis de usar	Giz
Cremes de barbear e loções	Vaselina
Champôs líquidos	Velas (cera de abelha ou parafina)
Desinfetantes Iodófilos	Vitaminas
Desodorizantes	Warfarin (<0,5%)
Detergentes (tipo fosfato, aniónico)	Gesso

Fonte: Azkunaga B, Mintegi S, Salmón N, Acedo Y, Del Arco L. Envenenamento em crianças com menos de 7 anos de idade em Espanha. Aspectos para a melhoria da prevenção e do tratamento. Uma Pediatria. 1 de junho de 2013;78(6):355-60.

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

Tabela 2. Anormalidades eletrocardiográficas induzidas por drogas e toxinas

Anormalidades eletrocardiográficas induzidas por drogas e toxinas			
Bradicardia / Bloco AV	Taquicardia Supraventricular	Taquicardia ventricular	QRS e intervalo de prolongamento do QT
Beta-bloqueadores	Simpaticomimética	Simpaticomimética	Antidepressivos
Bloqueadores dos canais de cálcio	Anfetaminas	Cocaína	Antipsicóticos
Glicosídeos cardíacos	Cocaína	Anfetaminas	Anti-histamínicos
Digoxin	Teofilina	Teofilina	Difenidramina
Digitoxina	Cafeína	Antidepressivos	Astemizole
Tosquia vermelha	Metilfenidato	TCA	Terfenadina
Digitalis lanata	Efedrina	Antipsicóticos	Antiarrítmicos
Digitalis purpurea	Pseudoefedrina	Fenotiazinas	Quinidine
Bufotenin	Albuterol	Hidrocarbonetos clorados	Disopirâmide
Oleandro	Dobutamina	Hidrato de cloral	Procainamida
agonistas alfa-adrenérgicos	Epinefrina	Solventes	Propafenona
Fenilpropanolamina	Dopamina	Flúor	Flecainide, encainide
Clonidine	Anticolinérgicos	Glicosídeos cardíacos	Amiodarona
Imidazolines	Anti-histamínicos	Potássio	Bloqueadores dos canais de cálcio (raros)
Cholinérgicos	TCA		Beta-bloqueadores (raros)
Organofosfatos	Fenotiazinas		Propoxifeno
Carbamatos	Clozapina		Inseticidas organofosforados
Opiáceos	Atropina		Antimicrobianos
Hipnóticos sedativos	Scopolamine		Amantadine
Magnésio	Hormônio tireoidiano		Azitromicina
	Asfixiantes Celulares		Cloroquina
	Monóxido de carbono		Eritromicina
	Estados de retirada de drogas		Pentamidina
			Quinine
			Quinolonas (por exemplo, Ciprofloxacina)
			Arsénico
			Tálio
			Flúor
			Citrato

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

Links de orientação da sociedade: Tratamento de intoxicações agudas causadas por agentes específicos que não drogas de abuso

Tabela 3: Toxicantes que induzem alterações hemodinâmicas

Toxicantes que induzem alterações hemodinâmicas			
Hipertensão arterial com taquicardia Simpaticomimética	Hipertensão arterial com bradicardia agonistas alfa-adrenérgicos	Hipotensão com taquicardia Beta-adrenérgicos agonistas.	Hipotensão com bradicardia Beta-bloqueadores
Anfetaminas	Fenilpropanolamina	Teofilina	Bloqueadores dos canais de cálcio
Cocaína	Fenilefrina	Albuterol	Glicosídeos cardíacos
Efedrina	Phentermine	Isoproterenol	Digoxin
Pseudoefedrina	Alcalóides Ergot	Terbutalina	Digitalis purpurea
Teofilina	Sumatriptan	Cafeína	Oleandro
Cafeína	Clonidina (cedo)	Reacção do Disulfiram (retardada)	Hemlock
Metilfenidato	Guanfacina	Álcoois tóxicos	Bufotenina/serotonina
Gato (catinoides)	Imidazolines	álcool isopropílico	Clonidine
Anticolinérgicos	Tetrahidrozolina	Monóxido de carbono	Alfa-metildopa
Anti-histamínicos	Oxymetazoline	Antagonistas alfa-adrenérgicos	Cianeto
Antidepressivos tricíclicos (precoce)	Agentes colinérgicos	Doxazocin	Monóxido de carbono (tardio)
Fenotiazinas (algumas)	Organofosfatos	Hidralazina	Opiáceos
Agentes antiparkinsonianos	Carbamatos	Antidepressivos tricíclicos	Hipnóticos sedativos
Relaxantes musculares	hormônios esteróides	Metais pesados (agudos)	Barbitúricos
Clozapina	Glucocorticoides	Ferro de engomar	Benzodiazepinas
Alucinógenos centrais	Mineralocorticoides	Arsénico	Cholinérgicos
Anfetaminas de Designer	Estrogênio	Colchicina	Organofosfatos
Dietilamida de ácido lisérgico (LSD)	Progesterona	Nitratos	Carbamatos
Phencyclidine (PCP)	Androgens	Nitroprussiato de Sódio	Antiarrítmicos
Canabinóides sintéticos	Yohimbine		
Intoxicações	Metais pesados		
Picada de Aranha Viúva Negra	Chumbo		
Picadas de escorpião	Reacção do Disulfiram (precoce)		
Estados de retirada de drogas			
MAOIs (alimentos que contêm tiramina)			
Nicotina			
Agentes colinérgicos (às vezes)			
Organofosfatos			
Carbamatos			
Hormônio tireoidiano			

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

Links de orientação da sociedade: Tratamento de intoxicações agudas causadas por agentes específicos que não drogas de abuso

Tabela 4 Tóxicos que alteram a termorregulação

Tóxicos que alteram a termorregulação	
HYPERTHERMIA	HYPOTHERMIA
Hiperactividade / rigidez muscular	Opiáceos
Simpaticomimética	Hipnóticos sedativos
Cocaína	Benzodiazepinas
Anfetaminas	Barbitúricos
Fenilpropanolamina	Álcoois
Efedrina	Simpatizantes
Derivados de gatos	Beta-bloqueadores
Imidazolines	Clonidine
Anticolinérgicos	Antagonistas alfa-adrenérgicos
Estados de retirada de drogas	Agentes hipoglicémicos
Lítio	Antipsicóticos
Alucinógenos centrais	Agentes anestésicos em geral
Phencyclidine	Monóxido de carbono
Dietilamida de ácido lisérgico (LSD)	Drogas que causam coma flácido
Anfetaminas de Designer (MDMA, MDEA)	
Canabinóides sintéticos	
Medicamentos que provocam convulsões	
Isoniazid	
Teofilina	
Estricnina	
Síndrome Maligna Neuroléptica	
síndrome da serotonina	
inibidores da MAO	
hipertermia maligna	
Dissipação de calor deteriorada	Aumento da taxa metabólica
Suor alterado	Fosforilação oxidativa desacoplada
Agentes anticolinérgicos	Salicilatos
Anti-histamínicos	Dinitrofenol, pentaclorofenol
Fenotiazinas	Hormônio tireoideano
Antidepressivos tricíclicos	

Links de orientação da sociedade: Tratamento de intoxicações agudas causadas por agentes específicos que não drogas de abuso

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

Tabela 5 Antídotos

ANTIDOTE	TÓXICO
Atropina	Pesticidas e substâncias organofosforadas colinérgico (Fisostigmina, Neostigmina)
Azul de metileno	Na metahemoglobinemia
Bicarbonato	Antidepressivos tricíclicos
Biperideno	Levomepromaxina, Butyrophenones, Metoclopramida
Cálcio	Antagonistas do cálcio
Desferroxamina	Intoxicação por ferro
Etanol	Metanol, Etilenoglicol
Physostigmina	Anticolinérgicos
Flumazenil	Benzodiazepinas
Fomepizol	Etilenoglicóis (anti-congelante)
Fragmentos da FAB	Digoxin
Glucagon	Insulina e Bloqueadores β
Glicose	Hipoglicémia (devido à insulina ou ADOS)
N-Acetylcysteine	Paracetamol
Naloxone	Opiáceos
Nitrito de Sódio	Cianeto
100% O ₂	intoxicação por CO
Penicilamina	Metais pesados (cobre, mercúrio, zinco)
Piridoxina	Isoniazid
Protamina	Heparina
Vitamina K	Anticoagulantes orais

Fonte: Azkunaga B, Mintegi S, Salmón N, Acedo Y, Del Arco L. Envenenamento em crianças com menos de 7 anos de idade em Espanha. Aspectos para a melhoria da prevenção e do tratamento. Uma Pediatría. 1 de junho de 2013;78(6):355-60.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arroyo, A., Rodrigo, C., & Teresa Marrón, M. (2014). Avaliação toxicológica do menor. *Medicina Clínica*, 142, 43-46. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(14\)70071-5](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(14)70071-5)
- Azkunaga, B, Mintegi, S., Salmón, N., Acedo, Y., & Del Arco, L. (2013). Intoxicações em crianças com menos de 7 anos de idade em Espanha. Aspectos para a melhoria da prevenção e do tratamento. *Anales de Pediatría*, 78(6), 355-360. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.016>
- Azkunaga, Beatriz, Mintegi, S., Bizkarra, I., Fernández, J., & da Sociedade Espanhola de Emergências Pediátricas, I. W. G. (2011). Sistema de Vigilância Toxicológica da Sociedade Espanhola de Emergências Pediátricas: análise do primeiro ano. *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 18(5), 285-287. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e3283462504>
- Bhaskaran, J., Johnson, E., Bolton, J. M., Randall, J. R., Mota, N., Katz, C., ... Sareen, J. (2015). Tendências populacionais em substâncias utilizadas em autodefesa deliberada que levam à admissão em unidades de terapia intensiva de 2000 a 2010. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(12), e1583--1589. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09568>
- Garcia-Algar, Ó., Cuadrado González, A., & Falcon, M. (2016). Utilidade do rastreio toxicológico em pediatria. *Anales de Pediatría*, 85(3), 160.e1--160.e4. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.036>
- Lapus, R. M., Slattery, A. P., & King, W. D. (2010). Efeitos na triagem e acompanhamento de um Centro de Veneno (PC) após a implementação da política de uso sem Ipecac. *Journal of Medical Toxicology: Jornal Oficial do American College of Medical Toxicology*, 6(2), 122-125. <https://doi.org/10.1007/s13181-010-0066-x>
- Martínez-Sánchez, L., Ferrés-Padró, V., Martínez-Millán, D., Fernández-Calabria, C., Amigó-Tadín, M., Jiménez-Fàbrega, F. X., & Nogué-Xarau, S. (2020). Cuidados pré-hospitalares de emergência de pacientes pediátricos expostos a tóxicos: características epidemiológico-clínicas e avaliação da qualidade dos cuidados. *Anales de Pediatría*, 92(1), 37-45. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.03.005>
- Mintegi, S., Esparza, M. J., González, J. C., Rubio, B., Sánchez, F., Vila, J. J., ... Benítez, M. T. (2015). Recomendações sobre a prevenção de intoxicações. *Anales de Pediatría*, 83(6), 440.e1--440.e5. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.01.003>
- Links de orientação da sociedade: Tratamento de intoxicações agudas causadas por outros agentes específicos que não drogas de abuso - UpToDate.* (n.d.). Obtido em https://www.uptodate.com/contents/society-guideline-links-treatment-of-acute-poisoning-caused-by-specific-agents-other-than-drugs-of-abuse?search=intoxicacion-pediatria&topicRef=6496&source=see_link
- Zubiaur, O., Salazar, J., Azkunaga, B., & Mintegi, S. (2015). Ingestão de drogas psicotrópicas: a causa mais frequente de intoxicação pediátrica não intencional em Espanha. *Anales de Pediatría*, 83(4), 244-247. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.12.017>

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA E SUA GESTÃO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

RINSAD

A Revista Infancia y Salud (RINSAD), ISSN: 2695-2785, nasce da colaboração entre as administrações portuguesa, galega, castelhana e leonesa, estremenha e andaluza no âmbito do projecto [InterregEspanha-Portugal RISCAR](#) e tem como objectivo divulgar artigos científicos relacionados com a saúde infantil, proporcionando aos investigadores e profissionais da área uma base científica onde possam conhecer os avanços nas suas respectivas áreas.

O projecto RISCAR é co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do Programa Interreg V-A Espanha-Portugal (POCTEP) 2014-2020, com um orçamento total de 649.699 euros.

A revista é o resultado do projecto [InterregEspanha - Portugal RISCAR](#) com a [Universidade de Cádiz](#) e o [Departamento de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade de Cádiz](#).

As obras publicadas na revista RINSAD estão licenciadas sob uma licença [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike4.0 International License](#).