

Capítulo 64 Álcool e Drogas: Intoxicações e Abstinências

Autores: Profa Dra Lilian Ribeiro Caldas Ratto

Prof Dr Ronaldo Laranjeira

O consumo disseminado de substâncias psicoativas, como álcool, tabaco, maconha e cocaína, vem recebendo cada vez mais atenção da comunidade, uma vez que as complicações clínicas e sociais decorrentes do uso de tais substâncias são conhecidas e consideradas problema de saúde pública. Qualquer padrão de consumo dessas substâncias poderá trazer problemas para o indivíduo (1), com riscos variados, desde imediatos (acidentes, traumas, violência, vitimização, faltas ao trabalho e escola, entre outros) até crônicos (doenças, problemas familiares, perda de emprego, crises de abstinência). Todas as áreas da vida do indivíduo podem ser afetadas: problemas sociais (faltas no emprego, falta de moradia), físicos (acidentes, doenças) e psicológicos (depressão, ansiedade).

Esse capítulo procura abordar, objetivamente, duas questões clínicas relevantes para a Urgência e Emergência Médicas, que são as Intoxicações Agudas e as Síndromes da Abstinência ao álcool e as drogas psicoativas de maior prevalência e importância clínicas em nossa comunidade. O texto foi baseado no consenso “Usuários de substâncias psicoativa: abordagem, diagnóstico e tratamento”, publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Diretrizes elaboradas em conjunto com a Associação Médica Brasileira)(1).

64.1 Intoxicação aguda (IA)

As complicações decorrentes do uso de drogas não estão relacionadas apenas ao consumo crônico: as IA trazem risco direto à saúde. A IA, com seus sinais e sintomas, ocorre quando são consumidas quantidades de droga acima do tolerável pelo organismo; se dá após o consumo da substância e pode ser

identificado imediatamente ou após alguns minutos, dependendo da droga, da quantidade e da via de administração utilizados. A avaliação inicial do indivíduo deve começar por uma anamnese clínica geral, seguida uma anamnese específica sobre o consumo de álcool e drogas e um amplo exame físico. Alguns sinais e sintomas podem indicar a presença de complicações do consumo e auxiliam na determinação da gravidade deste (2). Questões essenciais são: o tempo decorrido do último episódio de consumo; a quantidade de substância consumida; a via de administração da substância; a frequência do consumo nos últimos meses. Alguns sinais físicos podem ser sugestivos do consumo recente, como tremores leves, halitose, irritação nasal, irritação de conjuntivas, taquicardia ou arritmias (2), agitação psicomotora, inquietação, agressividade. Uma anamnese objetiva colhida junto a familiares, amigos ou informantes do paciente são também importantes na avaliação inicial. Exames laboratoriais para identificar a presença de drogas no sangue são bastante úteis, mas nem sempre disponíveis e de fácil realização. Devem ser sempre utilizados quando o paciente apresenta rebaixamento importante do nível de consciência ou quando, apesar da terapêutica, o paciente não apresenta melhora do seu quadro clínico.

64.1.1 Álcool

A IA pelo álcool é caracterizada por crescentes níveis de depressão do SNC. Os sintomas de euforia leve evoluem para tontura, ataxia, incoordenação motora, confusão, desorientação e alcançam graus variáveis de anestesia, como estupor e o coma (3). A intensidade da sintomatologia tem relação direta com a alcoolemia. Essa relação sofre influência da tolerância, velocidade de ingestão, consumo previo de alimentos e fatores ambientais (3). A maioria dos casos não requer tratamento farmacológico e a manutenção do paciente em um ambiente calmo, com monitoramento de sinais vitais é suficiente (alcoolemia menor que 100mg%; sintomas de euforia, alterações leves da atenção, incoordenação motora discreta). Conforme os sinais e sintomas apresentados, medidas gerais de suporte à vida devem ser instituídos e, normalmente, a partir de 150mg% de alcoolemia, há a necessidade de intervenção (3). Além do monitoramento dos

sinais vitais, cuidados intensivos à manutenção das vias aéreas livres, administração intramuscular de tiamina, atenção ao risco de aspiração de vômito. Alcoolemias acima dos 300mg%, quando o paciente já apresenta disartria, amnésia, hipotermia, anestesia, necessitam de cuidados gerais para a manutenção da vida e, acima dos 400mg%, onde há bloqueio respiratório central e coma, constituem uma emergência médica e devem ser adotados todos os cuidados intensivos para a manutenção da vida.

64.1.2 Anfetaminas

Atualmente as indicações para o uso médico de anfetaminas são o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, da narcolepsia e da obesidade, com restrições (4). No entanto, anfetaminas modificadas têm sido sintetizadas em laboratórios clandestinos para serem utilizadas com fins não-médicos sendo a mais conhecida e utilizada no Brasil a 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), ou *ecstasy*. Ambas podem ser usadas como drogas de abuso. Por ser um estimulante do SNC os sinais e sintomas do consumo recente (4) (redução do sono e do apetite; aceleração do curso do pensamento; pressão de fala; diminuição da fadiga; euforia; irritabilidade; midríase; taquicardia; elevação da pressão arterial; tremores; ansiedade; calafrios; vômitos; tensão maxilar; bruxismo; sudorese; hipertermia; convulsões; colapso cardio-vascular; edema pulmonar cardiogênico) são muito semelhantes aos da IA por outros estimulantes, como a cocaína. O uso do Ecstasy está associado um quadro de euforia e bem estar, sensação de intimidade e proximidade de outras pessoas, além dos sintomas descritos acima. Crises hipertensivas, precordialgia, arritmias cardíacas, hipertermia, convulsões, rabdomiólise, hepatites tóxicas, psicoses agudas e morte são também descritos associados ao uso agudo (4). O tratamento dos quadros de IA leve ou moderada, que não constituem ameaça a vida, deve ser feito ministrando-se doses usuais de benzodiazepínicos. Os quadros de overdose ou IA grave requerem cuidados clínicos intensos, que contemplem o tratamento para as principais complicações, como convulsões, hipertermia, hipertensão e colapso cardiovascular (4).

64.1.3 Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são drogas depressoras do SNC utilizadas como sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares (5) e como coadjuvantes no tratamento de transtornos psiquiátricos e neurológicos. São altamente lipossolúveis, o que permite a total e rápida penetração no SNC, têm ótima absorção oral, metabolização hepática, grande interação medicamentosa, grande potencial de causar dependência e são classificados conforme a meia vida, que pode ser muito curta, curta, intermediária e longa. Seus efeitos colaterais (5), que também estão presentes na IA, são: sedação excessiva, piora da coordenação motora fina; amnésia retrógrada; tonturas e zumbidos; quedas e fraturas; reação paradoxal (excitação, agressividade; desinibição; ocorre mais frequentemente em idosos, crianças e deficientes mentais); indiferença afetiva a eventos de vida; piora do desempenho psicomotor e cognitivo. O tratamento dos quadros de IA leve são, como no caso das intoxicações por álcool, conservadores. As IA graves devem também receber atenção, priorizando os cuidados para a manutenção da vida. O flumazenil, antagonista benzodiazepínico, deve ser utilizado quando há risco ou evidência de overdose (ataxia, perda de consciência, depressão respiratória, bradicardia, hipotensão, estupor ou coma).

64.1.4 Opiáceos

Os opiáceos são depressores do SCN e atuam também em órgãos periféricos. Provocam analgesia, euforia, sedação, miose, disforia. Podem ser classificados em naturais (ópio, morfina, codeína), semi-sintéticos (heroína, oxicodona, oximorfona), sintéticos (metadona, meperidina, fentanyl), agonistas-antagonistas (buprenorfina, pentazocina) e antagonistas puros (naltrexona, naloxona). A IA, intencional ou acidental, constitui emergência médica e deve ser tratada em salas de emergência, com suporte ventilatório adequado (6). A tríade miose pronunciada, depressão respiratória e coma sugere overdose de opiáceos e pode estar associada a outros sintomas, como edema pulmonar,

hipóxia, bradicardia e hipotonia. O quadro pode ser letal. O edema pulmonar está relacionado ao vazamento dos capilares pulmonares, diuréticos são contraindicados (6). A administração da Naloxona é sugerida para todos os quadros suspeitos de overdose de opiáceos, na dose de 0,8 mg, IV; não havendo resposta em 15 minutos (midríase, agitação, melhora do padrão respiratório ou nível de consciência), administrar 1,6 mg IV, aguardar 15 minutos; repetir até 3,2 mg IV; se não houver reversão do quadro, rever o diagnóstico (6).

64.1.5 Cocaína

Nas salas de emergência, a cocaína é responsável por 30% a 40% das admissões relacionadas a drogas ilícitas (7), 10% entre todos os tipos de drogas e 0,5% das admissões totais. O consumo pode dar por qualquer via, com rápida absorção pelas mucosas oral e nasal, intravenosa ou via pulmonar. Possui múltiplas ações periféricas (anestésico local, vasoconstrição) e central (estimulante do SNC). Os principais sintomas da IA são: aumento da vigília; euforia; sensação de bem estar; autoconfiança elevada; aceleração do pensamento; quadros agudos de pânico; psicose aguda; ansiedade, disforia; agitação; heteroagressividade; sintomas paranóides; taquicardia; hipertermia; taquipnéia; sudorese; tremor leve; espasmos musculares; tíques; midríase; hipertensão; arritmias cardíacas; convulsões (7). Complicações incluem isquemia miocárdica; cardiomiopatias; dissecação ou ruptura de aorta; pneumotórax; edema pulmonar; hemorragia intracraniana; AVC; IRA; rabdomiólose; lesões térmicas das vias aéreas, entre muitas outras. O tratamento para as IA leves consiste em asseguramento de cuidados, em ambiente calmo e administração de baixas doses de benzodiazepínicos, VO. As IA graves ou complicadas por intercorrências clínicas merecem cuidados intensivos para a manutenção da vida, tratamento adequado às comorbidades físicas, sedação leve com benzodiazepínicos (VO ou IM) e em caso de agitação grave ou psicose, o uso de baixas doses de antipsicóticos, IM, como o Haloperidol, evitando-se o uso de neurolépticos fenotiazínicos (clorpromazina, levomepromazina) pela redução significativa no limiar convulsivo (7).

64.1.6 Maconha

Os principais sintomas da IA são graus variáveis de: sensação de lentificação do tempo; risos imotivados; loquacidade; aumento da sociabilidade; sensação de relaxamento; aumento da percepção dos sentidos; aumento da autoconfiança; taquicardia; hiperemia conjuntival; hipotermia; boca seca; retardo psicomotor; tontura; redução da capacidade de execução de atividades motoras; incoordenação; broncodilatação; hipotensão ortostática; midríase; despersonalização; desrealização; irritabilidade; prejuízo na concentração; prejuízo da memória de curto prazo; prejuízo no julgamento (8). O consumo de maconha pode desencadear quadros de ansiedade, como reações de pânico, ou sintomas psicóticos. Comumente respondem bem a abordagens de reassuramento e normalmente não há necessidade de medicação (8). Os efeitos podem durar até 24 horas, devido à liberação lenta dos canabinóides a partir do tecido adiposo (8).

64.2 Síndromes de abstinência (SA)

A SA resulta de uma neuroadaptação do SNC que, frente a presença constante da droga, busca de um novo equilíbrio (3). A adaptação de prejuízo é a diminuição do efeito da droga sobre a célula e a adaptação de oposição é a instituição de uma força antagônica ao efeito da droga. A cessação ou redução da ingestão crônica de substâncias psicoativas pode levar ao aparecimento de sinais e sintomas definidos como Síndrome de Abstinência (3).

64.2.1 Álcool

A síndrome de abstinência ao álcool (SAA) geralmente aparece em 24 a 36 horas após a última ingesta, sendo que os primeiros sintomas podem aparecer apenas poucas horas depois e outros podem perdurar por até 15 dias (3). Os sintomas mais comuns e precoces são a ansiedade, irritabilidade e os tremores de extremidades, as náuseas e vômitos, geralmente percebidos no

período da manhã. A hiperatividade autonômica acompanha o quadro, com taquicardia, aumento de pressão arterial, sudorese, hipotensão ortostática, rubor facial e febre inferior a 38°C, em intensidades variáveis, conforme a gravidade do quadro. Ainda são descritos cefaléia, insônia, fraqueza, cãibras, e nos quadros graves, agitação psicomotora, alucinações visuais, táteis ou auditivas, delirium e convulsões tipo grande mal. A SAA pode ser classificada em leve (pico de sintomas no 1º dia), moderada (pico de sintomas no 3º dia) e grave (pico no 6º dia), que pode evoluir com Delirium tremens e convulsões, quando o diagnóstico diferencial com quadros psiquiátricos, TCE e doenças epiléticas deve ser sempre descartado. História anterior de SAA grave, convulsões ou Delirium tremens são preditivas de novos quadros (3).

O tratamento das SAA leves incluem a) cuidados gerais: esclarecimento adequado sobre SAA para o paciente e familiares; retornos freqüentes; contraindicar a condução de veículos; dieta leve ou restrita e hidratação adequada; repouso relativo; supervisão de familiar; encaminhamento para emergência se observar alteração da orientação temporo-espacial e/ou do nível de consciência. B) farmacoterapia: tiamina/dia: 300 mg IM por 7 dias; Diazepam: de 20 a 40 mg dia/VO ou Clordiazepóxido: de 100 a 200 mg/dia/VO ou Lorazepam (hepatopatia associada): de 4 a 8 mg/dia/VO na primeira semana. Reduzir gradativamente os sedativos e os cuidados gerais ao longo da segunda e terceira semanas, mantendo a Tiamina 300mg VO nesse período (3).

As SAA moderadas e graves devem ser tratadas sob internação hospitalar, com Diazepam: 10-20 mg VO/hora ou Clordiazepóxido: 50 a 100 mg VO/hora ou Lorazepam: 2-4 mg VO/hora. Se necessário, administrar diazepam IV, 10 mg em quatro minutos, com retaguarda para o manejo de PCR. São necessários: repouso absoluto; redução do estímulo audio-visual; monitorização da glicemia, eletrólitos e hidratação; dieta leve ou jejum; monitorização da evolução sintomatológica. Imprescindível, administrar Tiamina 300 mg IM dia. Aumentar a dose em caso de confusão mental, ataxia, nistágmo (síndrome de Wernicke). As convulsões devem ser tratadas com benzodiazepínicos IV, nas crises e manutenção VO diária. Deve-se evitar o uso de fenil-hidantoína. No

Delirium tremens, além dos sedativos, pode-se associar haloperidol 5mg/d VO ou IM, ou ainda, Clonidina, 0,1 a 0,2 mg/d VO. Deve-se evitar a hidratação indiscriminada, a administração de glicose e clorpromazina (3).

64.2.2 anfetaminas e cocaína

A SA chega a atingir cerca de 87% dos usuários de anfetaminas (4) e é a principal complicação crônica relacionada ao consumo de cocaína (7). Os principais sintomas incluem exaustão, humor depressivo, fissura intensa, ansiedade, agitação, pesadelos, lentificação, redução da energia. As condutas medicamentosas seguem critérios individuais (4;7), uma vez que estudos sobre o tema não tem se mostrado promissores a nenhuma substância. Benzodiazepínicos, antidepressivos e agonistas dopaminérgicos podem ser utilizados com sucesso individual.

64.2.3 benzodiazepínicos

Os sintomas da SA começam dentro de 2 a 3 dias após a parada ou diminuição de tomada dos benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias para os benzodiazepínicos de meia-vida longa (5). Incluem tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, sintomas gripais, cefaléia, dores musculares, insônia, irritabilidade, diminuição de concentração, agitação, pesadelos, disforia, despersonalização ou desrealização, problemas de memória e em casos graves, convulsões, alucinações e Delirium. A terapêutica mais aconselhada é a reintrodução dos benzodiazepínicos, preferencialmente os de meia vida longa, com a retirada gradual da medicação, de um quarto a metade da dose por semana, em 6 a 8 semanas (5).

64.2.4 opiáceos

A SA de opiáceos tem sintomas físicos e psíquicos intensos e a intensidade depende da droga utilizada, da dose usual, e da velocidade com que a droga é eliminada. Incluem medo da falta da droga, ansiedade, comportamento de busca, inquietação, bocejos e espirros, sudorese, rinorréia e

lacrimejamento, náuseas, midríase, obstrução nasal, tremor, piloereção, espasmos e dores musculares, taquicardia, febre, calafrios, hipertensão. Como sintomas podem perdurar por até 6 meses, o tratamento da SA deve contemplar 2 fases: desintoxicação e manutenção. A desintoxicação pode ser feita com a reintrodução da substância e retirada gradual e progressiva ou utilizando-se de drogas de tolerância cruzada, com o mesmo enfoque de diminuição das doses, sendo as substâncias mais utilizadas com esse fim, a metadona e buprenorfina. A clonidina pode melhorar os sintomas da retirada (6).

64.2.5 maconha

Os sintomas reconhecidos na SA da maconha são descritos como fissura, irritabilidade, nervosismo, inquietação, insônia, redução do apetite, cefaléia e sintomas depressivos. Sua natureza (8) ainda não está estabelecida e o tratamento deve ser feito sintomaticamente.

Referências Bibliográficas

1. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Abordagem geral do usuário / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.
2. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Abordagem geral do usuário / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira p. 11-28, 2003.
3. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Álcool / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira p29-48, 2003.
4. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Anfetamina / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira p.63-70, 2003.

5. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Benzodiazepínicos / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira p. 71-80, 2003.
6. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Opiáceos / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira p. 81-92, 2003.
7. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Cocaína / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira p. 93-106, 2003.
8. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Maconha / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira p.107-114, 2003.