

Intoxicação por Cocaína

Classe toxicológica: Estimulante do Sistema Nervoso Central / Simpatomimético / Alcaloide

Nomes comerciais/Outros nomes: Pó, farinha, branquinha, neve, crack (forma fumada), oxi, merla, pasta base

Dose tóxica:

- **Adultos:** Não há dose tóxica bem estabelecida. Doses de 20mg podem causar sintomas em indivíduos sem tolerância. Doses de 1,2g ou superiores são potencialmente letais
- **Crianças:** Qualquer quantidade pode ser tóxica
- **Observações sobre variabilidade individual:** Efeitos dependem da via de administração (nasal, EV, fumada), tolerância prévia, uso concomitante de outras substâncias (principalmente álcool), estado cardiovascular prévio e sensibilização à substância. Usuários crônicos podem desenvolver sensibilização, apresentando convulsões com doses anteriormente toleradas

Quadro clínico:

- **Sinais e sintomas iniciais (primeiras horas):**
 - Euforia, hiperatividade, desinibição
 - Aumento da autoestima, estimulação sexual
 - Agitação psicomotora, ansiedade
 - Descarga adrenérgica: taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, vermelhidão facial
 - Midríase (pupilas dilatadas)
 - Hipertermia
 - Diminuição da necessidade de sono, anorexia
 - Disforia, irritabilidade, agressividade
 - Ideação paranoide, delírio persecutório
 - Confusão mental
 - Dor torácica (isquemia miocárdica)
- **Sinais e sintomas tardios:**
 - Convulsões (não dose-dependente)
 - Isquemia/infarto agudo do miocárdio
 - Arritmias cardíacas (taquicardia ventricular, fibrilação ventricular)
 - Acidente vascular cerebral (isquêmico ou hemorrágico)
 - Hipertermia maligna
 - Rabdomiólise
 - Acidose metabólica
 - Coagulação intravascular disseminada (CIVD)

- Insuficiência renal aguda
- Edema agudo de pulmão
- Estados maniformes ou psicóticos
- **Achados ao exame físico:**
 - Taquicardia, hipertensão arterial
 - Pupilas midriáticas
 - Pele quente, sudorese profusa
 - Hiperreflexia, tremores
 - Agitação psicomotora intensa
 - Alteração do nível de consciência (nos casos graves)
 - Rigidez muscular (casos com hipertermia)

Exames complementares indicados:

- **Avaliação inicial:**
 - Eletrocardiograma (ECG) - procurar sinais de isquemia, alterações de ST-T, arritmias
 - Troponina cardíaca (dosagem seriada se dor torácica ou alterações eletrocardiográficas)
 - Hemograma completo
 - Glicemia
- **Avaliação de complicações:**
 - Ureia, creatinina, eletrólitos (Na, K, Ca, Mg)
 - Creatinofosfoquinase (CPK) - rastreio de rabdomiólise
 - Gasometria arterial - avaliar acidose metabólica
 - Exame de urina tipo I (EAS) - avaliar mioglobínúria
 - Lactato sérico
 - Coagulograma (se suspeita de CIVD)
 - Transaminases hepáticas (TGO, TGP)
- **Exames de imagem quando indicados:**
 - Tomografia computadorizada de crânio (se alteração neurológica focal, convulsões ou TCE)
 - Radiografia de tórax (se sintomas respiratórios ou suspeita de edema pulmonar)
- **Timing:**
 - ECG e troponina na admissão e repetir troponina em 3-6h se dor torácica
 - CPK na admissão e repetir se valor inicial elevado ou sintomas de rabdomiólise

Critérios de internação:

- Alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia miocárdica
- Troponina elevada
- Dor torácica persistente ou recorrente
- Arritmias cardíacas
- Hipertensão arterial grave refratária ao tratamento inicial
- Convulsões (especialmente se recorrentes)
- Alteração do nível de consciência
- Hipertermia (temperatura axilar > 38,5°C)

- Sinais de rabdomiólise (CPK > 5.000 U/L ou em elevação)
- Insuficiência renal aguda
- Acidose metabólica grave
- Agitação psicomotora grave refratária ao tratamento
- Sintomas psicóticos intensos
- Ideação suicida ou comportamento autodestrutivo
- **Critérios para UTI:**
 - Síndrome coronariana aguda com instabilidade hemodinâmica
 - Arritmias malignas
 - Convulsões de difícil controle
 - Hipertermia grave (> 40°C)
 - Rabdomiólise severa com risco de insuficiência renal
 - Necessidade de sedação profunda/intubação orotraqueal
 - Instabilidade hemodinâmica

Tratamento:

- **Medidas gerais:**
 - ABCDE: avaliar vias aéreas, respiração, circulação
 - Monitorização contínua: PA, FC, ECG, temperatura, saturação de O₂
 - Acesso venoso calibroso
 - Oxigenioterapia se saturação < 92%
 - Ambiente calmo, com poucos estímulos (luz baixa, ruídos mínimos)
 - Contenção física apenas se absolutamente necessária (risco de agitação e arritmias)
 - Hidratação venosa com solução fisiológica 0,9%
 - Resfriamento em casos de hipertermia (compressas frias, ventiladores)
 - Não há indicação de descontaminação gastrointestinal (lavagem gástrica ou carvão ativado) pois as vias de uso são nasal, EV ou inalatória
- **Antídoto/Tratamento específico:**
 - **Não existe antídoto específico para intoxicação por cocaína**
 - O tratamento é sintomático e de suporte
- **Tratamento de suporte:**
 - **Para agitação/ansiedade:**
 - **Primeira linha - Benzodiazepínicos:**
 - **Diazepam 10mg/2mL (5mg/mL) - 02 ampolas + SF0,9% 96mL, EV lento em 3-5 minutos** (dose total: 10-20mg)
 - OU **Midazolam 15mg/3mL (5mg/mL) - 01 ampola (5-7,5mg), EV lento** ou **Midazolam 15mg/3mL (5mg/mL) - 01 ampola, IM**
 - OU **Lorazepam 4mg/1mL - 01 ampola (2-4mg), EV lento**
 - Podem ser repetidos conforme necessidade
 - **Para agitação grave refratária a benzodiazepínicos:**
 - **Haloperidol 5mg/1mL - 01 ampola, IM** (evitar via EV pelo risco de prolongamento do intervalo QT)
 - Considerar associação: benzodiazepínicos + antipsicótico
 - **EVITAR uso isolado de haloperidol** - preferir associação com benzodiazepínico

- **NUNCA usar flumazenil** em pacientes intoxicados por cocaína (aumenta risco de convulsões)

Para hipertensão arterial:

- Primeira linha: Benzodiazepínicos (o controle da agitação frequentemente normaliza a PA)
- Se refratário:
 - **Nitroprussiato de sódio** em BIC (preferencial em emergências hipertensivas)
 - OU **Nitroglicerina 25mg/5mL (5mg/mL) - 01 ampola + SF0,9% 245mL, EV em BIC**, iniciar com 5mL/h e titular conforme PA
- **EVITAR betabloqueadores** (risco de vasoconstrição paradoxal e piora da hipertensão por efeito alfa-adrenérgico não antagonizado)

Para dor torácica/isquemia miocárdica:

- Benzodiazepínicos (primeira linha)
- **Nitroglicerina sublingual 5mg - 01 comprimido** (pode repetir até 3x com intervalo de 5 minutos)
- OU **Nitroglicerina 25mg/5mL (5mg/mL) - diluir em SF0,9%, EV em BIC**
- **AAS 200mg - mastigar 01 comprimido** (se síndrome coronariana aguda)
- **EVITAR betabloqueadores** mesmo em IAM por cocaína
- Considerar bloqueadores de canais de cálcio (Diltiazem)
- Encaminhar para estratificação invasiva se síndrome coronariana aguda confirmada

Para convulsões:

- **Diazepam 10mg/2mL (5mg/mL) - 02 ampolas, EV lento** (dose: 10-20mg)
- OU **Midazolam 15mg/3mL (5mg/mL) - 01-02 ampolas (7,5-15mg), EV**
- Repetir se necessário até controle das convulsões

Para hipertermia:

- Medidas físicas de resfriamento: compressas frias, ventiladores, ambiente refrigerado
- Benzodiazepínicos (reduzem atividade muscular)
- Hidratação venosa vigorosa
- Se temperatura > 40°C e refratária: considerar sedação e medidas de resfriamento intensivo

Para rabdomiólise (CPK > 5.000 U/L):

- **Hidratação venosa agressiva:**
 - **SF 0,9% 1.000-2.000mL/h EV** (ajustar conforme débito urinário e sinais de congestão)
 - Meta: débito urinário > 200-300 mL/h
- **Alcalinização urinária (se pH < 7,5 e bicarbonato < 30 mEq/L):**
 - **Bicarbonato de sódio 8,4% 150mL + SG5% 850mL - correr 200mL/h em BIC**
 - Objetivo: manter pH urinário > 6,5
 - Monitorar cálcio sérico de 2/2h
- Monitorar função renal, eletrólitos, CPK seriada
- Considerar hemodiálise se insuficiência renal estabelecida

Para sintomas psicóticos/delírio:

- Benzodiazepínicos (primeira linha)

- Se refratário: **Haloperidol 5mg/1mL - 01 ampola, IM** associado a benzodiazepínico

Tempo de observação:

- **Mínimo de 6 horas** para pacientes sintomáticos com intoxicação leve sem complicações
- **Mínimo de 12-24 horas** se:
 - Dor torácica (devido à meia-vida curta da cocaína de 1-2h, mas risco de isquemia tardia)
 - Alterações eletrocardiográficas
 - Agitação importante que necessitou medicação
 - Sintomas psicóticos
 - Hipertensão persistente
- **24-48 horas ou mais** se:
 - Troponina elevada
 - Arritmias
 - Convulsões
 - Hipertermia
 - CPK elevada
- A observação deve ser prolongada se houver uso concomitante de outras substâncias ou se sintomas persistirem

Critérios de alta:

- Paciente assintomático e estável hemodinamicamente por pelo menos 6 horas
- Ausência de alterações eletrocardiográficas isquêmicas
- Troponina normal em dosagens seriadas (se realizada)
- Ausência de arritmias cardíacas
- Pressão arterial controlada sem necessidade de medicação EV
- Ausência de sintomas psicóticos ou agitação
- Temperatura normal
- CPK normal ou em queda se previamente elevada
- Função renal preservada
- Paciente lúcido, orientado e cooperativo
- Rede de suporte adequada no domicílio
- **Orientações pós-alta:**
 - Retornar ao serviço se dor torácica, palpitações, dispneia, alterações neurológicas
 - Encaminhamento para seguimento em serviço de saúde mental/CAPS-AD
 - Orientações sobre riscos do uso de cocaína
 - Encaminhar para cardiologia se houve manifestações cardíacas

Observações importantes:

- **Particularidades do manejo:**
 - A intoxicação por cocaína é autolimitada, com meia-vida de 1-2 horas
 - Uso concomitante de álcool e cocaína forma cocaetileno, que potencializa efeitos cardiotoxicos e prolonga a intoxicação

- Poliusuários (associação com outras drogas) são muito frequentes
 - O risco de complicações cardiovasculares não está relacionado à dose, mas à susceptibilidade individual
 - Fenômeno de sensibilização: usuários crônicos podem desenvolver convulsões com doses antes toleradas
 - Evitar betabloqueadores em TODAS as situações (risco de vasoconstrição coronariana paradoxal)
 - Evitar flumazenil (aumenta risco de convulsões)
 - Benzodiazepínicos são a base do tratamento sintomático
 - **Prognóstico:**
 - Geralmente bom se tratamento adequado e ausência de complicações graves
 - Mortalidade relacionada principalmente a: IAM, arritmias malignas, AVC, hipertermia grave, convulsões prolongadas
 - Sequelas neurológicas podem ocorrer em casos de AVC ou hipóxia prolongada
 - **Complicações tardias a monitorar:**
 - Síndrome coronariana aguda pode ocorrer até 24h após o uso
 - Cardiomiopatia induzida por cocaína (uso crônico)
 - Miocardite
 - Dissecção aórtica
 - AVC (isquêmico ou hemorrágico)
 - Perfuração do septo nasal (uso crônico intranasal)
 - Pneumotórax, pneumomediastino (uso de crack)
 - **Interações relevantes:**
 - Álcool + cocaína = cocaetileno (maior cardiotoxicidade)
 - Antidepressivos tricíclicos + cocaína (risco de arritmias)
 - IMAO + cocaína (risco de crise hipertensiva grave)
 - Outras drogas estimulantes (potencialização dos efeitos)
 - **Ajustes em populações especiais:**
 - **Gestantes:** Risco de descolamento prematuro de placenta, abortamento, sofrimento fetal. Tratamento similar, evitar betabloqueadores. Monitorização fetal se viável
 - **Idosos:** Maior risco de complicações cardiovasculares. Reduzir doses de benzodiazepínicos
 - **Insuficiência renal:** Atenção especial à hidratação e prevenção de rabdomiólise. Ajustar doses de medicações eliminadas por via renal
 - **Insuficiência hepática:** Cuidado com sedação excessiva por benzodiazepínicos. Monitorar função hepática
 - **Cardiopatas:** Maior risco de eventos cardiovasculares graves. Considerar internação mesmo em casos leves
 - **Contato com CIATox:** Sempre considerar contato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica (0800 014 1212 ou verificar CIATox regional) para auxílio na condução do caso
-
-