

A Overdose Opiácea

■ Leonel Romão Preto

(Escola Superior de
Enfermagem de Bragança)



PALAVRAS CHAVE

Overdose; Heroína; Critérios de diagnóstico; Cuidados emergentes; Complicações; Prevenção.

RESUMO

A *overdose* por opiáceos é uma situação clínica de alto risco e responsável por mais de metade dos óbitos que ocorrem na população toxicodependente. Neste artigo de síntese reflectimos sobre a intoxicação aguda opiácea, à luz dos conceitos de tolerância e abstinência, apresentamos considerandos sobre a sintomatologia, os cuidados emergentes e a prevenção da *overdose*.

CONCEITOS INTRODUTÓRIOS

No encontro que um indivíduo faz com uma droga, o que daí resultar, como classicamente o enunciava Olievenstein, dependerá em simultâneo do produto, da personalidade (bio-psico-cultural) do consumidor, e do contexto em que as experiências se desenvolvem.

Dos resultados possíveis da "prática tóxica" destacamos, pelo elevado índice de mortalidade que provoca, a intoxicação aguda pelos opiáceos. Referimo-nos a substâncias psicoactivas como o ópio, a morfina, a codeína, a metadona e a heroína.

De entre essas substâncias, a *overdose* por heroína é, sem dúvida, a forma mais comum de intoxicação aguda pelos opiáceos.

As circunstâncias que se encontram associadas à *overdose* por heroína são variadas, mas a maioria dos casos, resultam da injeção intravenosa do produto (1).

De acordo com Ruiz e Danel (1991) podemos sistematizar as causas da intoxicação aguda, da seguinte forma:

- Primeira injeção intravenosa da substância.
- Administração da droga na forma mais concentrada.
- Administração intravenosa rápida, em busca do *flash*.
- Administração da heroína associada a outros fármacos (ex: sedativos).
- Consumo de heroína juntamente com outros opiáceos (ex: metadona).
- *But* suicidário.
- Recomeço dos consumos após um interregno ou tentativa de cura.

Dependendo do grau de pureza da droga e das características biológicas do consumidor, como a idade e o peso, a dose letal da heroína varia entre as 200 a 500mg, embora alguns usuários, tenham sobrevivido a doses de 1800mg, ou mais. (Mackim, 1996). Não existe pois uma "dose segura" pois tal depende da tolerância do indivíduo.

O conceito de tolerância é fundamental para perceber o fenómeno da sobredosagem. A Organização Mundial de Saúde, define a tolerância como sendo a necessidade de aumentar a dose, em ordem a obter efeitos que anteriormente eram obtidos com doses mais baixas. O potencial para desenvolver tolerância é uma característica das substâncias psicoactivas (2).

A tolerância pode pois ser entendida como o emergir de um novo equilíbrio bioquímico; uma neuroadaptação, que visa minimizar a acção da droga sobre o organismo.

A tolerância a uma droga pode estender-se a outras drogas, fenómeno que é conhecido pela tolerância cruzada. Isto significa que a tolerância resultante do consumo de heroína pode abarcar outros opiáceos.

Outro aspecto importante é o facto de a tolerância à droga não se manter quando cessam os consumos. Antes pelo contrário: A tolerância

cai com a abstinência. Assim, um consumidor que retoma o mesmo padrão de consumo, após um período de abstinência, torna-se mais vulnerável a uma dose letal.

DIAGNÓSTICO DA OVERDOSE

O síndrome de intoxicação por opiáceos foi pela primeira vez descrito no início dos anos 70 incluindo quatro critérios: Alteração do estado de consciência; Frequência respiratória < 12cl/m; Miose pupilar; Evidência circunstancial de história de uso de heroína. Estes quatro critérios associados à resposta do doente à naloxona, têm vindo a tornar-se clássicos no diagnóstico da situação (3). O quadro clínico pode, no entanto confundir-se com muitas outras situações. Recordamos que, sendo a heroína uma substância ilícita, a mesma apresenta-se "cortada" com muitos outros produtos, pelo que a anafilaxia é uma possibilidade sempre presente.

SINAIS E SINTOMAS

Os sinais e sintomas da *overdose* são vários e podem ser divididos de acordo com os vários sistemas.

Sintomatologia respiratória: A depressão respiratória apresenta-se como o elemento mais importante para o diagnóstico e prognóstico da *overdose* por heroína, variando desde a dificuldade respiratória com bradipneia à paragem respiratória. Os achados respiratórios incluem o edema agudo do pulmão e pneumonias de aspiração devido ao estado comatoso.

Sintomatologia neurológica: Varia da desorientação ao coma profundo. A miose bilateral é igualmente um sinal clássico, estando presente na maioria das situações. A presença de convulsões sugere intoxicação por outros opioides como a petidina. A avaliação neurológica do doente deve ser monitorizada através da Escala de Glasgow.

Sinais cardiovasculares: O doente com suspeita de *overdose* deve ser sujeito a monitorização cardíaca para detecção precoce de disritmias. O pulso é geralmente superficial e existe hipotensão.

Os sintomas da *overdose* por heroína incluem também a pele fria, a cianose labial e das extremidades, a secura da língua e a obstipação.

PROCEDIMENTOS

A atitude prioritária consiste no assegurar da permeabilidade das vias aéreas pela hiperextensão da cabeça e elevação do queixo. Confirmada a ausência de corpos estranhos na cavidade oral, deve ser colocado um tubo orofaríngeo e o doente ventilado com máscara de oxigénio a alto débito. Se a gravidade da situação o justificar deverá recorrer-se à entubação traqueal e à ventilação mecânica.

É necessário assegurar um acesso venoso, para administração de fluídos, terapêutica IV e obtenção de sangue para análises.

Todas as intervenções deverão ser realizadas usando técnica médica, para prevenir riscos de contaminação sanguínea.

O tratamento específico da *overdose* por opiáceos assenta na administração de naloxona. O cloridrato de naloxona é um antagonista morfínico puro e específico para os receptores opióides mu, delta e kappa.

A dose inicial de naloxona no adulto situa-se entre os 0,2-0,8mg IV que pode ser repetida cada 3 a 5 minutos, até ao máximo de 10mg. Se após a administração de 10mg se mantiver a situação de não resposta o diagnóstico de *overdose* por opiáceos deve ser questionado (4). Em alternativa, mas menos frequentemente no nosso país, o fármaco pode ser administrado diluído em 500ml de cloreto de sódio a 0,9% ou dextrose a 5%. Estas soluções perdem no entanto valor após 12 horas de diluição, pelo que devem ser substituídas.

A naloxona, pode ser administrada por via intravenosa, intramuscular ou subcutânea e tem uma semivida e uma duração de ação curta, enquanto que os efeitos dos opióides duram várias horas. Existe desse modo, o risco de reversão dos efeitos *rebound* da intoxicação opiácea. Por esta razão quando a intoxicação parece ter-se revertido, a vigilância hospitalar deve ser mantida. Segundo Coppel et al (1998) a alta imediata do paciente deva ser uma armadilha a evitar (5).

COMPLICAÇÕES

As complicações do síndrome de sobredosagem, obrigam em geral a um tempo mais elevado de hospitalização.

Das complicações, destacamos a dificuldade respiratória, que pode conduzir a uma hipóxia severa. A irritabilidade a desorientação ou a sonolência que persistem levantam a suspeita de lesão ao nível do sistema nervoso central.

Num estudo conduzido por Smith et al (1992), em que foram avaliadas as complicações posteriores à *overdose*, detectou-se uma prevalência de complicações na ordem dos 3-7%. O edema pulmonar surgiu em 1 a 2,4% dos pacientes; A pneumonia foi encontrada em 0,5% dos casos; A endocardite obteve uma prevalência de 0,25% e as alterações da consciência

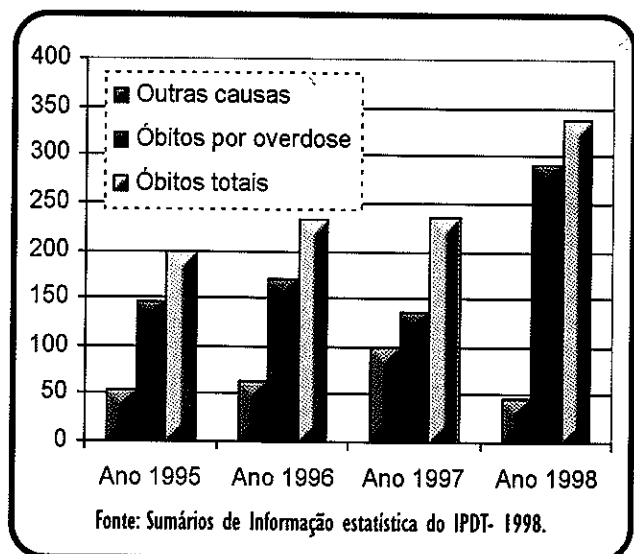


Gráfico 1 - Representação gráfica das mortes relacionadas com o consumo de drogas.

associadas à depressão respiratória foram responsáveis por 0,7 a 4% das hospitalizações prolongadas.

A *overdose* é, antes de mais, uma das principais causas de morte na população toxicodependente. O gráfico 1, que apresenta, para o nosso país, o número de óbitos por *overdose* coloca este facto em evidência.

PREVENÇÃO

No âmbito da prevenção defendemos que, nos programas de promoção da saúde, na população toxicodependente, façam parte os aspectos ligados à ocorrência da *overdose* e da redução de riscos.

Nestes programas, e como temos vindo a defender em várias ocasiões, pensamos que os seus objectivos não devem ter como meta única e irrenegociável a abstinência a todo o custo. Outros caminhos podem ser seguidos no âmbito da prevenção. Pensemos um pouco: Quantos profissionais de saúde conhece, o leitor, que dão conselhos ao toxicodependente sobre a forma, correcta e higiénica de se injectar? Quantos profissionais, ainda, conhecem que transmitam no campo das drogas algum "saber farmacológico", sobre as substâncias psicoactivas? Poderemos ser levados a pensar que tal é um absurdo, pois de drogas entendem os drogados. Nada mais falso. Em nossa opinião, os drogados percebem tanto das drogas como os beatos percebem da água benta.

Uma outra questão que consideramos pertinente é o facto de a Naloxona, que literalmente, salva vidas na *overdose*, continuar fechada nos armários dos serviços de urgência.

(1) Estão descritos casos em que a *overdose* ocorre após rotura no sistema gastrointestinal de embalagens contendo o produto.

(2) Se bem que, alguns autores, por exemplo Xiberras (1999), defendam a existência de tolerância inversa para algumas drogas, como a cannabis. O processo é mal conhecido, mas parece-nos mais correcto falar de sensibilização. Assim, para alguns efeitos da droga o sistema nervoso central ficaria mais sensível à medida que o uso da droga se repete.

(3) Se bem que os critérios clássicos se mantenham actuais, não predizem totalmente a *overdose*. Hoffman; Schriger; e Luo (1991), levaram a cabo uma investigação no campo das emergências extra-hospitalares, em que paramédicos devidamente treinados administravam naloxona, em indivíduos encontrados na via pública, portadores de frequências respiratórias menores que 12cl/m, pupilas mióticas e alterações do estado de consciência. Dos 730 casos estudados, só 3,4% tiveram uma resposta inequivocamente positiva à administração da naloxona, 4,4% dos pacientes tiveram algum grau de resposta e os restantes casos não se tratavam de situações de *overdose* pois não tiveram qualquer resposta ao naloxone.

(4) A posologia e administração da naloxona variam conforme os protocolos e os critérios clínicos. Os valores apresentados neste artigo entroncam-se com os apresentados pela ACP (American College of Physicians); ACIM (American Society of Internal Medicine) e CER (Conselho Europeu de Ressuscitação).

(5) Coloca-se também uma questão subtil, pouco relatada na literatura, mas que não deixa de ser uma possibilidade real: Quando a alta é imediata após a remissão rápida dos sintomas, os efeitos da heroína não se fazem sentir, e o toxicodependente julga-se "limpo". Devido à "fome narcótica" poderá existir compulsão para se injectar de imediato. A possibilidade de uma *overdose* fatal pode então manifestar-se.

A investigação tem hoje claro que a administração da naloxona na emergência extra-hospitalar, salva vidas, na suspeita de intoxicação opiácea aguda. Assim equipas paramédicas com treino, ou as equipas de rua na toxicodependência, poderiam dela de forma mais generalizada fazer uso.

No Reino Unido, por exemplo, discute-se o uso da naloxona usada por via intranasal pela população toxicodependente (Dark e Hall, 1995). A naloxona distribuída à população heroíno-dependente com padrões de consumo severos e de maior risco, poderia também diminuir a mortalidade por *overdose*. Este conceito de "take-home", vem pelo menos colocar a nu o facto de haver caminhos diferentes para a prevenção da *overdose*.

CONCLUSÕES

A *overdose* aguda opiácea é uma ocorrência comum na população heroíno-dependente, e constitui uma importante causa de morte na mesma população.

A maior parte das situações ocorrem no domicílio ou nos espaços públicos, de modo que o tempo que decorre entre o início dos sintomas e o atendimento em ambiente hospitalar é uma variável preditora importante no prognóstico.

A *overdose* caracteriza-se pela presença de sintomatologia diversa, da qual destacamos a depressão da consciência, a bradipneia e a presença de miose pupilar.

A naloxona é o fármaco de eleição no tratamento da *overdose*.

Uma pequena percentagem dos doentes requer hospitalização por surgimento de complicações associadas.

Defendemos na emergência extra-hospitalar, o uso, por técnicos competentes da naloxona, com um objectivo live-save. ■

BIBLIOGRAFIA

- Coppel, A., Lowenstein, W., Gourarier, L., Lebeau, B., & Hefez, S. (1998). A metadona e os tratamentos de substituição. Lisboa. Climepsi editores.
- Hoffman, J., Schriger, D & Luo. (1991). The empirical use of naloxone in patients with altered mental status : a reappraisal. *Ann Emerg Med.* | PubMed |.
- I PDT. (1998). Droga. Sumários de informação estatística. Lisboa. Presidência do Conselho de Ministros.
- Mackim, W. (1996). *Drugs and Behaviour*. Paperback.
- Ruiz, J., Danel, V. (1991). L'overdose. *Soins*. N° 545. Fev 91.
- Karl, A. & Sporer, M. (1999). Acute heroin overdose. *Annals of internal medicine*. Vol 130. N° 7.
- Smith, D., Leake, L., Loflin, J & Yealy, D. (1992). Is admission after intravenous heroin overdose necessary? *Ann Emerg Med.* | PubMed |.
- Dark, S., Hall, W. (1997). The distribution of naloxone to heroin users. *Addiction*. N° 92.