

DINITRO TOLUENO

DINITRO TOLUENE

Sinonimia:

DINITROTOLUOL; METHYLDINITROBENZENE; 3,5-DINITROTOLUENE;
1-METHYL-3,5-DINITROBENZENE; 5-METHYL-1,3-DINITROBENZENE; 3,5-DNT; 2,4-DINITROTOLUOL;
1-METIL-2,4-DINITROBENZENO; DNT; BINITROTOLUENE. DINITROPHENYLMATHANE;
2,4-DINITROTOLUENE; TOLUENE,2,4-DINITRO- ; C11006; 4-METHYL-1,3-DINITROBENZENE

Numero CAS:

25321-14-6

Numero NIOSH:

XT1300000

Numero ONU:

2038

Composicao:

CH₃C₆H₃(NO₂)₂

Descricao:

De aparência sólida ou líquida aquecida.

O sólido apresenta-se de cor amarela a vermelha.

A forma líquida é de cor amarela.

Apresenta odor suave.

Ambas as formas afundam na água.

Combustível sólido de ignição difícil.

Propriedades Fisico-Quimicas:

Peso molecular: 182,1 Dalton.

pH: Não pertinente.

Pressão de vapor: 1 mmHg.

Ponto de ebulição : Decompõe.

Ponto de fusão: 70°C

Densidade relativa do líquido: 1,379 a 20 C.

Temperatura crítica: Não pertinente.

Pressão crítica: Não pertinente.

Calor de Combustão: - 4.614 cal/g

Solubilidade: 0,03 g/100g de água a 22°C.

Solúvel em etanol e clorofórmio.

Reatividade química com água: Não reage.

Incompatibilidades: Oxidantes fortes, bases fortes e alguns metais como o zinco e o estanho.

Limites de exposição:

OSHA PEL: TWA 1,5mg/m³ (pele).

ACGIH: não disponível.

NIOSH REL : Ca TWA 1,5mg/m³ (pele).

IDLH: Ca (50mg/m³).

Classificacao NFPA - National fire protection association

(0=Minimo; 1=leve; 2=moderado; 3=serio; 4=severo)

Saude	4
Inflamabilidade	2
Reatividade	4
Riscos Especiais	Não Definido

Informacoes Gerais:

Produz densa fumaça preta e óxidos de nitrogênio quando ocorre a queima.

Utilizar roupas de encapsulamento de borracha nitrílica ou neoprene. Obrigatório o uso de máscara autônoma.

Utilizado em sínteses orgânicas, toluidinas, corantes, explosivos (TNT), espumas rígidas e flexíveis etc.

Vias de Exposicao:

Inalação

Irritante.

Ingestão

Irritante.

Efeitos sistêmicos

Olhos

Irritante e corrosivo.

Pele

Irritante e corrosivo.

Pode ser absorvido e desencadear efeitos sistêmicos.

Efeitos para a Saude: Atencao

Atenção:

O DNT pode desencadear quadros de metahemoglobinemia.

Pode ainda atuar com toxicidade direta sobre o fígado, sangue e sistema cardiovascular.

Vítimas de exposição com alterações hematológicas ou hepáticas prévias, apresentam maiores riscos de complicações.

A determinação dos níveis de metahemoglobina deve ser realizada sempre que houver a suspeita de exposição ao DNT ou que haja sinais e sintomas sugestivos de exposição.

As vias de exposição mais comuns são a cutânea e a respiratória.

O DNT pode ser absorvido em concentrações danosas à saúde pela pele, vias aéreas e digestiva.

Os efeitos agudos mais importantes do DNT estão ligados à ocorrência da metahemoglobinemia, que diminui a capacidade de carreamento de oxigênio do sangue e vai resultar em cianose, cefaléia, irritabilidade, tontura, fraqueza, náuseas, vômitos, dispnéia, sonolência, inconsciência e óbito.

A exposição prolongada ao DNT pode causar anemia hemolítica.

O álcool pode elevar a susceptibilidade.

Fumaça tóxica de óxido nitroso pode ser emitida durante a queima do DNT.

Exposição Aguda

Aparelho Respiratório

Depressão respiratória secundária à hipóxia

Tosse

Dispnéia

Broncoespasmo

Desconforto respiratório

Bronquite

Pneumonite

Metahemoglobinemia

Cutânea

Dermatites

Queimaduras

Metahemoglobinemia

Aparelho cardiovascular

Doença isquêmica do miocárdio

Oftalmológica

Conjuntivite

Lacrimejamento

Ceratite

Neurológica

Depressão do SNC ? secundário à hipóxia

Aparelho Gastrointestinal

Náuseas

Vômitos

Icterícia

Hepatotoxicidade

Metahemoglobinemia

Metabolismo

Acidose metabólica conseqüente à metahemoglobinemia

Hematológica

Metahemoglobinemia

Músculo esquelético

Artralgias

Seqüelas potenciais

Não relatadas

Exposição Crônica

Diminuição da acuidade visual

Doença isquêmica do miocárdio

Neuropatia periférica sensitiva

Icterícia

Hepatotoxicidade

Nefrotoxicidade ? secundária à anemia hemolítica

Anemia hemolítica

Dermatoses

Diminuição da sensibilidade retardada nos testes imunológicos

Carcinogenicidade

O IARC classifica o DNT como provável carcinogênico para humanos. Experiências em animais de laboratórios sugerem uma maior incidência em hepatocarcinomas ? 4 estudos ainda inconsistentes..

Mas não houve observação de ocorrências em humanos expostos até o momento.

Teratogenicidade e mutagenicidade

Estudos laboratoriais não sugerem teratogenicidade e nem mutagenicidade.

Atendimento pre-Hospitalar: Atencao

Atenção

- ? Vítimas expostas ao DNT na forma líquida podem oferecer risco de contaminação secundária.
- ? Pessoal de resgate e atendimento deve estar usando aparato de proteção como roupa de borracha butírica ou neoprene, máscara autônoma e proteção oftálmica.
- ? A saturação de oxigênio deve ser medida ao invés de calculada.
- ? Se a vítima não se apresentar cianótica mas houver a história de exposição a agente metahemoglobinizante, deve-se dosar a metahemoglobina para servir como linha de base na evolução.
- ? Se há ocorrência de cianose crônica não relacionada à doença respiratória (especialmente se há história familiar de cianose), deve-se realizar a eletroforese de hemoglobina, níveis de metahemoglobina redutase ou medida de atividade da G6PD.
- ? Monitorizar as funções hepática e renal.
- ? Os níveis de metahemoglobina poderão estar artificialmente baixos se o sangue não for analisado rapidamente (poucas horas).

Zona Quente:

Aqueles que vão resgatar as vítimas do local devem ser treinados e também possuir material de proteção adequado. Se um ou ambos destes fatores não ocorrer, a equipe não entra, devendo pedir auxílio a uma equipe que tenha treinamento e/ou equipamento adequados.

Proteção do socorrista:

Roupas impermeáveis de proteção, óculos de proteção, luvas, e aparato respiratório, conforme descrito anteriormente.

Atendimento Inicial:

Permeabilização de vias aéreas.

Se há suspeita de trauma, manter imobilização de coluna cervical ? inicialmente com as mãos, aplicando colar cervical e prancha rígida assim que possível.

Garantir boa ventilação e circulação.

Remoção da Vítima:

Se puder andar, oriente-a para fora da zona quente, em direção à área de descontaminação.

Aqueles que não puderem andar devem ser conduzidos em macas ou liteiras para fora da zona quente e para a descontaminação. Se não houver material para conduzir as vítimas, pode-se amparar ou carregar cuidadosamente até o local.

A autoproteção deve ser sempre realizada para que o socorrista não se transforme em vítima.

As vítimas devem ser mantidas em ambiente seco e calmo, pois qualquer atividade subsequente à exposição pode elevar a morbimortalidade.

Não esquecer que as crianças tendem a ficar ansiosas e inquietas se separadas dos pais ou adulto de confiança.

Area de descontaminacao:

Atenção

- ? Vítimas expostas ao DNT na forma líquida podem oferecer risco de contaminação secundária.
- ? Pessoal de resgate e atendimento deve estar usando aparato de proteção como roupa de borracha butírica ou neoprene, máscara autônoma e proteção oftálmica.
- ? A saturação de oxigênio deve ser medida ao invés de calculada.
- ? Se a vítima não se apresentar cianótica mas houver a história de exposição a agente metahemoglobinizante, deve-se dosar a metahemoglobina para servir como linha de base na evolução.
- ? Se há ocorrência de cianose crônica não relacionada à doença respiratória (especialmente se há história familiar de cianose), deve-se realizar a eletroforese de hemoglobina, níveis de metahemoglobina redutase ou medida de atividade da G6PD.
- ? Monitorizar as funções hepática e renal.
- ? Os níveis de metahemoglobina poderão estar artificialmente baixos se o sangue não for analisado rapidamente (poucas horas).

Zona Quente:

Aqueles que vão resgatar as vítimas do local devem ser treinados e também possuir material de proteção adequado. Se um ou ambos destes fatores não ocorrer, a equipe não entra, devendo pedir auxílio a uma equipe que tenha treinamento e/ou equipamento adequados.

Proteção do socorrista:

Roupas impermeáveis de proteção, óculos de proteção, luvas, e aparato respiratório, conforme descrito anteriormente.

Atendimento Inicial:

Permeabilização de vias aéreas.

Se há suspeita de trauma, manter imobilização de coluna cervical ? inicialmente com as mãos, aplicando colar cervical e prancha rígida assim que possível.

Garantir boa ventilação e circulação.

Remoção da Vítima:

Se puder andar, oriente-a para fora da zona quente, em direção à área de descontaminação.

Aqueles que não puderem andar devem ser conduzidos em macas ou liteiras para fora da zona quente e para a descontaminação. Se não houver material para conduzir as vítimas, pode-se amparar ou carregar cuidadosamente até o local.

A autoproteção deve ser sempre realizada para que o socorrista não se transforme em vítima.

As vítimas devem ser mantidas em ambiente seco e calmo, pois qualquer atividade subsequente à exposição pode elevar a morbimortalidade.

Não esquecer que as crianças tendem a ficar ansiosas e inquietas se separadas dos pais ou adulto de confiança.

Zona de atendimento:

Tenha a certeza de que a vítima foi adequadamente descontaminada. Aquelas vítimas descontaminadas adequadamente, geralmente não oferecem riscos de contaminação secundária. Em tais casos, não há necessidade do uso de roupas protetoras por parte dos profissionais de atendimento.

Atendimento Inicial

Permeabilização de vias aéreas.

Se há suspeita de trauma, manter imobilização da coluna, aplicando colar cervical e colocando a vítima sobre prancha rígida.

Se não há dificuldade respiratória, lavar cavidade oral com água.

Fornecer oxigênio suplementar sob máscara com bolsa: 6 litros/min se não houver trauma ou 15 litros/min se houver história de trauma associada.

Estabelecer um acesso venoso calibroso.

Monitorizar o paciente, sempre com oximetria associada.

Não induzir vômitos.

Tratar broncoespasmo com broncodilatadores aerossóis. Se necessário, utilizar Corticóides.

Considerar entubação orotraqueal ou nasotraqueal ou cricoidotiroidostomia de urgência se indicado.

Descontaminação Adicional

Não é necessária.

Tratamento Avançado

Em casos de comprometimento respiratório, assegurar via aérea e respiração por entubação orotraqueal ou cricotiroidostomia, se treinado e equipado para o procedimento.

Em caso de broncoespasmo, dar preferência ao uso de broncodilatadores na forma de aerossóis. Em casos de exposição química a diversos agentes, pode ocorrer uma sensibilização miocárdica e o uso de drogas parenterais pode aumentar o risco de agressão ao miocárdio. Considerar sempre as condições cardíacas antes de escolher a droga broncodilatadora, principalmente nos idosos, mais susceptíveis e com reserva funcional cardíaca menor. Considerar uso de Corticóides.

Pacientes comatosos, hipotensos, em crise convulsiva ou com arritmias, devem ser tratados conforme preconizam os protocolos de Suporte Avançado de Vida.

Transporte para Unidade de Emergência

Apenas pacientes descontaminados ou aqueles que não requeiram descontaminação podem ser levados à Unidade de Emergência.

Relatar ao médico que receberá a vítima as condições do paciente, o tratamento dado no local e o tempo estimado até a chegada ao hospital.

Triagem de Múltiplas Vítimas

Pacientes com evidência de exposição significativa, ou desenvolvendo sintomas importantes devem ser transportados para o hospital.

Pessoas comprovadamente expostas ao DNT mas que permaneçam assintomáticos após o evento devem

ser encaminhadas ao hospital para dosagem inicial e seriação de metahemoglobinemia e observação por um período de seis horas.

Tratamento hospitalar: Atenção

Atenção

? Vítimas expostas ao DNT na forma líquida podem oferecer risco de contaminação secundária.

? A saturação de oxigênio deve ser medida ao invés de calculada.

? Se a vítima não se apresentar cianótica mas houver a história de exposição a agente metahemoglobinizante, deve-se dosar a metahemoglobina para servir como linha de base na evolução.

? Se há ocorrência de cianose crônica não relacionada à doença respiratória (especialmente se há história familiar de cianose), deve-se realizar a eletroforese de hemoglobina, níveis de metahemoglobina reductase ou medida de atividade da G6PD.

? Monitorizar as funções hepática e renal.

? Os níveis de metahemoglobina poderão estar artificialmente baixos se o sangue não for analisado rapidamente (poucas horas).

? Não se conhece, até o momento, as doses letais mínima e máxima para os humanos.

Área de descontaminação

A menos que tenha havido descontaminação prévia, todos os pacientes suspeitos de contaminação por DNT na forma líquida que tenham sido vítimas de contaminação oftálmica ou cutânea, devem ser submetidos à descontaminação (pelo menos 15 minutos). O profissional deve estar protegido por luvas, roupas adequadas, máscara e óculos de proteção.

Atendimento Inicial

Avaliar e permeabilizar vias aéreas.

Assegurar boa respiração e circulação.

Em caso de necessidade, considerar intubação orotraqueal ou cricotiroidostomia de urgência.

Estabelecer um acesso venoso calibroso.

Em caso de broncoespasmo, dar preferência ao uso de broncodilatadores na forma de aerossóis. Em casos de exposição química a diversos agentes, pode ocorrer uma sensibilização miocárdica e o uso de drogas parenterais pode aumentar o risco de agressão ao miocárdio. Considerar sempre as condições cardíacas antes de escolher a droga broncodilatadora, principalmente nos idosos, mais susceptíveis e com reserva funcional cardíaca menor.

Pacientes comatosos, hipotensos, em crise convulsiva ou com arritmias, devem ser tratados conforme preconizam os protocolos de Suporte Avançado de Vida.

Inalação

Mobilizar vítima para local arejado e ventilado

Administrar oxigênio umidificado sob cateter, máscara ou ventilação mecânica, conforme indicado.

Tratar broncoespasmo com broncodilatadores aerossóis e corticoterapia oral ou parenteral.

Monitorar Rx de tórax, oximetria, hemogasometria arterial.

Atenção:

1. Metahemoglobinemia ? Azul de Metileno a 1%, 1 a 2mg/Kg via venosa em pacientes sintomáticos. Doses adicionais podem ser necessárias.

2. Crises convulsivas ? Administrar Benzodiazepínicos via venosa (Diazepam : adultos 5 a 10mg, repetidos a cada 10 a 15 minutos de acordo com a necessidade; Crianças 0,2 a 0,5 mg/Kg, repetidos a cada 5 minutos de acordo com a necessidade. Ou Lorazepam: Adultos 2 a 4 mg e crianças 0,05 a 0,1 mg/Kg). Considerar o Fenobarbital se houver recorrência das crises convulsivas após o uso de 30mg de Diazepam no adulto e 10mg nas crianças maiores que 5 anos.

Observar a ocorrência de hipotensão, arritmias, depressão respiratória e necessidade de intubação traqueal com ventilação mecânica.

3. Lesão pulmonar aguda ? Manter ventilação e oxigenação, avaliando sistematicamente os gases arteriais e oximetria de pulso. Pode ser necessária a intubação precoce com ventilação mecânica e uso de PEEP.

4. Choque e parada cardíaca ? tratar de acordo com os protocolos de SAV.

5. Terapia complementar ? Exsanguíneo transfusão e oxigenioterapia hiperbárica podem ser necessárias no tratamento da metahemoglobinemia severa.

Olhos

Manter irrigação com água em temperatura ambiente ou solução fisiológica por pelo menos 15 minutos.

Havendo persistência da sintomatologia, solicitar avaliação oftalmológica.

Pele

Assegurar-se de que houve a descontaminação adequada.

1. Administrar oxigênio para todos os pacientes cianóticos ou com história de exposição importante ? há absorção pela pele íntegra, com conseqüente metahemoglobinemia.

2. Metahemoglobinemia ? Azul de Metileno a 1%, 1 a 2mg/Kg via venosa em pacientes sintomáticos. Doses adicionais podem ser necessárias.

3. Crises convulsivas ? Administrar Benzodiazepínicos via venosa (Diazepam : adultos 5 a 10mg, repetidos a cada 10 a 15 minutos de acordo com a necessidade; Crianças 0,2 a 0,5 mg/Kg, repetidos a cada 5 minutos de acordo com a necessidade. Ou Lorazepam: Adultos 2 a 4 mg e crianças 0,05 a 0,1 mg/Kg). Considerar o Fenobarbital se houver recorrência das crises convulsivas após o uso de 30mg de Diazepam no adulto e 10mg nas crianças maiores que 5 anos.

Observar a ocorrência de hipotensão, arritmias, depressão respiratória e necessidade de intubação traqueal com ventilação mecânica.

4. Choque e parada cardíaca ? tratar de acordo com os protocolos de SAV.

5. Terapia complementar ? Exsanguíneo transfusão e oxigenioterapia hiperbárica podem ser necessárias no tratamento da metahemoglobinemia severa.

Ingestão

1. Não induzir vômitos. Há grande potencial de depressão do SNC e crises convulsivas, situações que podem facilitar a aspiração para a árvore respiratória com complicações maiores.

2. Diluir imediatamente o conteúdo gástrico com água ou leite (não são neutralizantes). 120 a 240 ml de

líquido (não ultrapassar 120 ml nas crianças e nem 240 ml nos adultos).

3. Pode-se utilizar Carvão Ativado num grande gole ? 240 ml de água com 30g do Carvão. Dose usual varia de 25 a 100 g para adultos/adolescente, 25 a 50 g na criança de 1 a 12 anos e 1 g/Kg nos menores de 1 ano.

4. Lavagem gástrica deve ser considerada após ingestão de uma dose que possa potencialmente expor o paciente ao risco de morte e desde que o procedimento possa ser realizado até 1 hora após a exposição. Proteger a via aérea posicionando o paciente em Trendelenburgo e em decúbito lateral esquerdo ou realizando a intubação traqueal. Controlar quadros convulsivos antes do procedimento. Contraindicação: perda dos reflexos de proteção de vias aéreas ou queda dos níveis de consciência em pacientes sem intubação prévia, vítimas que tenham ingerido hidrocarbonetos, riscos de perfuração ou hemorragias ou aqueles que tenham ingerido substâncias de baixa ou nenhuma toxicidade pela via digestiva.

5. Administrar oxigênio para todos os pacientes cianóticos ou com história de exposição importante.

6. Metahemoglobinemia ? Azul de Metileno a 1%, 1 a 2mg/Kg via venosa em pacientes sintomáticos. Doses adicionais podem ser necessárias.

7. Crises convulsivas ? Administrar Benzodiazepínicos via venosa (Diazepam : adultos 5 a 10mg, repetidos a cada 10 a 15 minutos de acordo com a necessidade; Crianças 0,2 a 0,5 mg/Kg, repetidos a cada 5 minutos de acordo com a necessidade. Ou Lorazepam: Adultos 2 a 4 mg e crianças 0,05 a 0,1 mg/Kg). Considerar o Fenobarbital se houver recorrência das crises convulsivas após o uso de 30mg de Diazepam no adulto e 10mg nas crianças maiores que 5 anos.

Observar a ocorrência de hipotensão, arritmias, depressão respiratória e necessidade de intubação traqueal com ventilação mecânica.

8. Choque e parada cardíaca ? tratar de acordo com os protocolos de SAV.

9. Terapia complementar ? Exsanguíneo transfusão e oxigenioterapia hiperbárica podem ser necessárias no tratamento da metahemoglobinemia severa.

Unidade de terapia intensiva:

? A saturação de oxigênio deve ser medida ao invés de calculada.

? Se a vítima não se apresentar cianótica, mas houver a história de exposição a agente metahemoglobinizante, deve-se dosar a metahemoglobina para servir como linha de base na evolução.

? Se há ocorrência de cianose crônica não relacionada à doença respiratória (especialmente se há história familiar de cianose), deve-se realizar a eletroforese de hemoglobina, níveis de metahemoglobina redutase ou medida de atividade da G6PD.

? Monitorizar as funções hepática e renal.

? Os níveis de metahemoglobina poderão estar artificialmente baixos se o sangue não for analisado rapidamente (poucas horas).

? Não se conhece, até o momento, as doses letais mínima e máxima para os humanos.

Inalação

Administrar oxigênio umidificado sob cateter, máscara ou ventilação mecânica, conforme indicado.

Tratar broncoespasmo com broncodilatadores aerossóis e corticoterapia oral ou parenteral.

Monitorar Rx de tórax, oximetria, hemogasometria arterial.

Atenção:

1. Metahemoglobinemia ? Azul de Metileno a 1%, 1 a 2mg/Kg via venosa em pacientes sintomáticos. Doses adicionais podem ser necessárias.
2. Crises convulsivas ? Administrar Benzodiazepínicos via venosa (Diazepam : adultos 5 a 10mg, repetidos a cada 10 a 15 minutos de acordo com a necessidade; Crianças 0,2 a 0,5 mg/Kg, repetidos a cada 5 minutos de acordo com a necessidade. Ou Lorazepam: Adultos 2 a 4 mg e crianças 0,05 a 0,1 mg/Kg). Considerar o Fenobarbital se houver recorrência das crises convulsivas após o uso de 30mg de Diazepam no adulto e 10mg nas crianças maiores que 5 anos.
 - a. Observar a ocorrência de hipotensão, arritmias, depressão respiratória e necessidade de intubação traqueal com ventilação mecânica.
3. Lesão pulmonar aguda ? Manter ventilação e oxigenação, avaliando sistematicamente os gases arteriais e oximetria de pulso. Pode ser necessária a intubação precoce com ventilação mecânica e uso de PEEP.
4. Choque e parada cardíaca ? tratar de acordo com os protocolos de SAV.
5. Terapia complementar ? Exsanguíneo transfusão e oxigenioterapia hiperbárica podem ser necessárias no tratamento da metahemoglobinemia severa.

Olhos

Manter irrigação com água em temperatura ambiente ou solução fisiológica por pelo menos 15 minutos. Havendo persistência da sintomatologia, solicitar avaliação oftalmológica.

Pele

Assegurar-se de que houve a descontaminação adequada.

1. Administrar oxigênio para todos os pacientes cianóticos ou com história de exposição importante ? há absorção pela pele íntegra, com conseqüente metahemoglobinemia.
2. Metahemoglobinemia ? Azul de Metileno a 1%, 1 a 2mg/Kg via venosa em pacientes sintomáticos. Doses adicionais podem ser necessárias.
3. Crises convulsivas ? Administrar Benzodiazepínicos via venosa (Diazepam : adultos 5 a 10mg, repetidos a cada 10 a 15 minutos de acordo com a necessidade; Crianças 0,2 a 0,5 mg/Kg, repetidos a cada 5 minutos de acordo com a necessidade. Ou Lorazepam: Adultos 2 a 4 mg e crianças 0,05 a 0,1 mg/Kg). Considerar o Fenobarbital se houver recorrência das crises convulsivas após o uso de 30mg de Diazepam no adulto e 10mg nas crianças maiores que 5 anos.

Observar a ocorrência de hipotensão, arritmias, depressão respiratória e necessidade de intubação traqueal com ventilação mecânica.
4. Choque e parada cardíaca ? tratar de acordo com os protocolos de SAV.
5. Terapia complementar ? Exsanguíneo transfusão e oxigenioterapia hiperbárica podem ser necessárias no tratamento da metahemoglobinemia severa.

Ingestão

1. Não induzir vômitos. Há grande potencial de depressão do SNC e crises convulsivas, situações que podem facilitar a aspiração para a árvore respiratória com complicações maiores.
2. Diluir imediatamente o conteúdo gástrico com água ou leite (não são neutralizantes). 120 a 240 ml de líquido (não ultrapassar 120 ml nas crianças e nem 240 ml nos adultos).
3. Pode-se utilizar Carvão Ativado num grande gole ? 240 ml de água com 30g do Carvão. Dose usual varia

de 25 a 100 g para adultos/adolescente, 25 a 50 g na criança de 1 a 12 anos e 1 g/Kg nos menores de 1 ano.

4. Lavagem gástrica deve ser considerada após ingestão de uma dose que possa potencialmente expor o paciente ao risco de morte e desde que o procedimento possa ser realizado até 1 hora após a exposição. Proteger a via aérea posicionando o paciente em Trendelenburgo e em decúbito lateral esquerdo ou realizando a intubação traqueal. Controlar quadros convulsivos antes do procedimento. Contraindicação: perda dos reflexos de proteção de vias aéreas ou queda dos níveis de consciência em pacientes sem intubação prévia, vítimas que tenham ingerido hidrocarbonetos, riscos de perfuração ou hemorragias ou aqueles que tenham ingerido substâncias de baixa ou nenhuma toxicidade pela via digestiva.
5. Administrar oxigênio para todos os pacientes cianóticos ou com história de exposição importante.
6. Metahemoglobinemia ? Azul de Metileno a 1%, 1 a 2mg/Kg via venosa em pacientes sintomáticos. Doses adicionais podem ser necessárias.
7. Crises convulsivas ? Administrar Benzodiazepínicos via venosa (Diazepam : adultos 5 a 10mg, repetidos a cada 10 a 15 minutos de acordo com a necessidade; Crianças 0,2 a 0,5 mg/Kg, repetidos a cada 5 minutos de acordo com a necessidade. Ou Lorazepam: Adultos 2 a 4 mg e crianças 0,05 a 0,1 mg/Kg). Considerar o Fenobarbital se houver recorrência das crises convulsivas após o uso de 30mg de Diazepam no adulto e 10mg nas crianças maiores que 5 anos.
Observar a ocorrência de hipotensão, arritmias, depressão respiratória e necessidade de intubação traqueal com ventilação mecânica.
8. Choque e parada cardíaca ? tratar de acordo com os protocolos de SAV.
9. Terapia complementar ? Exsanguíneo transfusão e oxigenioterapia hiperbárica podem ser necessárias no tratamento da metahemoglobinemia severa.

Exames complementares:

Rx de tórax
Hemogasometria Arterial
Hemograma
Eletrólitos
Glicemia
Função renal
Função hepática
Dosagem de metahemoglobinemia sérica

Efeitos retardados:

Há suspeita de hepatocarcinogenicidade.
Anemia hemolítica.

Liberacao do paciente:

Pacientes podem ser liberados conforme protocolos específicos relacionados aos sinais e sintomas em curso, após controle da metahemoglobinemia, observação de rotina e avaliação criteriosa.

Referencias:

Material pesquisado por: Médico do PAME Dr.Claudio Azoubel Filho. Referências da Pesquisa: Ver arquivo Técnico no PAME. Período da Pesquisa: 2009. BAMEQ Atualizado em: 2017.