DICLOROBENZENO

DICHLOROBENZENE

Sinonimia:

DCB; ODB; ODCB; ORTODICLOROBENZENO; CLOROBENZENO; O-DICLOROBENZENO; O-DICHLOROBENZENE; CHLOROBEN; CHLORODEN; CLOROBEN; DILANTIN DB; DILATIN DB; DIZENE; ORTH DICHLOROBENZENE; TERMITKIL; O-DICHLOROBENZOL.

Numero CAS:

95-50-1

Numero NIOSH:

CZ4500000

Numero ONU:

1591

Composicao:

$C_6H_4Cl_2$

Descricao:

Propriedades Fisico-Quimicas:

Peso molecular: 147,01 Dalton

Ponto de ebulição (°C): 180,5 Dalton

Ponto de fusão (°C): -17,6

Temperatura crítica (°C): NÃO PERTINENTE

Pressão crítica (atm): NÃO PERTINENTE

Densidade relativa do vapor: NÃO PERTINENTE

Densidade relativa do líquido (ou sólido): 1,306 A 20 °C (LÍQUIDO)

Pressão de vapor: 1 mm Hg a 20,0 °C

Solubilidade na água: 0,015 g/100 mL DE ÁGUA A 25 °C

pH: Não pertinente

Reatividade química com água: Não reage

Reatividade química com materiais comuns: Não reage

Polimerização: Não ocorre

Reatividade química com outros materiais: INCOMPATÍVEL COM OXIDANTES FORTES, ALUMÍNIO AQUECIDO OU LIGAS DE ALUMÍNIO.

Limites de inflamabilidade no ar:

Limite Superior: 9,2%

Limite Inferior: 2,2%

Ponto de fulgor: 73,9°C (V.AB.); 68,3°C (V.F.)
Temperatura de ignição: 648,3 °C
Taxa de evaporação (éter=1): 39,7

LIMITES DE EXPOSIÇÃO
NIOSH REL: 50ppm (300mg/m3)
OSHA PEL: 50ppm (300mg/m3)
IDLH: 200ppm
L.P.O.: 40 ppm e 50 ppm
LT: Brasil - Valor Médio 48h: 39 ppm
LT: Brasil - Valor Teto: 58,5 ppm
LT: EUA - TWA: 25 ppm
LT: EUA - STEL: 50 ppm
Taxa de conversão: 1ppm = 6,01mg/m3

Classificacao NFPA - National fire protection association

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

Saude	3
Inflamabilidade	3
Reatividade	1
Riscos Especiais	Não Aplicável

Informacoes Gerais:

o Líquido de incolor a amarelo pálido
o Odor aromático agradável
o Da família dos hidrocarbonetos halogenados
o Produz vapores irritantes, incluindo gás clorídrico, cloro, ácido clorídrico e carbono clorado.
o A queima incompleta gera monóxido e dióxido de carbono.

Vias de Exposicao:

Inalação
o A maior exposição ocorre de forma ocupacional.
o Pode ser absorvido e evoluir com toxicidade sistêmica.
o Atua como irritante para o aparelho respiratório

Pele
o A maior exposição ocorre de forma ocupacional.
o Crianças são mais vulneráveis pela maior área cutânea proporcional.
o Ação irritante podendo evoluir para queimaduras.
o O início dos efeitos podem ser retardados por algumas horas.

Oftálmica
o O contato do DCB com os olhos causa uma irritação de moderada intensidade.

Ingestão
o O DCB é rapidamente absorvido quando ingerido.
o Irritante para o aparelho digestivo
o Náuseas
o Vômitos
o Efeitos tóxicos sistêmicos tendem a aparecer rapidamente após ingestão. Em alguns casos podem ser retardados por até 4 horas.
o Depressão do SNC.

Efeitos para a Saude:
Atencao

Exposição Aguda
o A maioria dos efeitos à saúde do DCB estão relacionados ao contato direto com ação irritante.
o Os efeitos agudos sistêmicos estão relacionados à hipoxemia ou à absorção com ação sobre o SNC.
o Não é um veneno sistêmico
o Inexiste antídoto específico
o Tratamento é de suporte
o As crianças e os idosos podem ser mais susceptíveis pelas características peculiares da faixa etária e podem necessitar protocolos específicos se não responderem bem ao protocolo padrão.

Quadro clínico
Cardiovascular
Pela hipóxia conseqüente, o paciente pode apresentar:
o Taquicardia
o Hipotensão
o Arritmias
o Colapso cardiovascular
o Distúrbio metabólico grave

Sistema Nervoso Central
Os efeitos a nível do SNC geralmente são transitórios e aparecem como conseqüência à hipoxemia. São os mais observados:
o Cefaléia
o Confusão mental
o Tinido
o Letargia
o Desorientação
o Tontura

o Alteração de marcha
o Letargia
o Convulsões
o Perda da consciência
o Coma

Cutânea
Efeitos sistêmicos podem ocorrer como conseqüência da exposição cutânea após exposições importantes.
o Prurido
o Erotema
o Dermatite leve a moderada
o Queimadura
o Hipersensibilização
o Pela maior área cutânea proporcional, as crianças tendem a absorver maior quantidade de DCB que os adultos (em termos relativos)

Oftálmica
o Irritação
o Lacrimejamento
o Conjuntivite
o Ceratite
o Úlcera de córnea
o Alterações da acuidade visual

Gastrointestinal
o Irritação da mucosa oral
o Hipersialorréia
o Disfagia
o Odinofagia
o Náuseas
o Vômitos
o Diarréia
o Pneumonite química
o Alterações no SNC

Respiratória
o Irritação da mucosa nasal
o Irritação de garganta
o Tosse
o Dificuldade respiratória
o Broncoespasmo
o Edema agudo de pulmão

o Falência respiratória
o Efeitos sistêmicos pela hipoxemia e ou pela absorção do produto
o Alterações no SNC

Potenciais Seqüelas
As seqüelas ocorrem como conseqüência das lesões agudas produzidas pela hipoxemia.

Exposição Crônica
O contato crônico pode causar:
o Nefropatia crônica
o Icterícia
o Hepatopatia crônica

Carcinogenicidade
Não há relatos de carcinogenicidade para humanos.

Efeitos Sobre a Reprodução e Desenvolvimento
Não há dados na literatura evidenciando que o DCB cause alterações sobre a reprodução humana.

Atendimento pre-Hospitalar:
Atencao

Atenção
Vítimas expostas apenas ao DCB na forma de gás ou vapor não constituem risco para os socorristas de contaminação secundária. Diferentemente daquelas cujas roupas ou pele estão contaminadas com a forma líquida, que podem contaminar secundariamente os socorristas pelo vapor emanado ou pelo contato direto com o produto.
O DCB é irritante para olhos e pele.
Pode causar efeitos sistêmicos pela via cutânea, digestiva ou respiratória.
Depressão do SNC e colapso cardiovascular também podem ocorrer, mas geralmente conseqüentes à hipoxemia ou pela absorção sistêmica.
O tratamento imediato para a intoxicação por DCB consiste em redução de contaminação e suporte cárdio respiratório.
Oxigênio suplementar e sintomáticos devem ser administrados.

Zona Quente
Deve haver treinamento e equipamento de proteção adequada para que a equipe entre na zona de risco.

Proteção para o Socorrista
Não esquecer que o DCB pode ser absorvido.
Respiratória - Há necessidade de uso de veste com nível de proteção adequado à situação e máscara autônoma.
Cutânea ? Há necessidade do uso de vestes que garantam a proteção química da pele.

A ausência de treinamento e proteção adequada proíbe a entrada do socorrista na zona quente.

Suporte Básico de Vida
Acesso imediato à via aérea do paciente.
Se houver suspeita de trauma associado, manter imobilização da coluna cervical. Assim que possível posicionar um colar cervical e manter o paciente imobilizado sobre prancha rígida.
Assegurar boa respiração e circulação.
Se a vítima puder andar, orientá-la para a saída imediata da zona de redução de contaminação. Em caso da impossibilidade da mesma andar, removê-la em maca, liteira, amparada ou carregada.
A vítima deve ser orientada a fazer o mínimo de movimento possível, pois os efeitos tóxicos podem ser exacerbados pelos esforços físicos.

Area de descontaminacao:

Atenção
Vítimas expostas apenas ao DCB na forma de gás ou vapor não constituem risco para os socorristas de contaminação secundária. Diferentemente daquelas cujas roupas ou pele estão contaminadas com a forma líquida, que podem contaminar secundariamente os socorristas pelo vapor emanado ou pelo contato direto com o produto.
O DCB é irritante para olhos e pele.
Pode causar efeitos sistêmicos pela via cutânea, digestiva ou respiratória.
Depressão do SNC e colapso cardiovascular também podem ocorrer, mas geralmente conseqüentes à hipoxemia ou pela absorção sistêmica.
O tratamento imediato para a intoxicação por DCB consiste em redução de contaminação e suporte cárdio respiratório.
Oxigênio suplementar e sintomáticos devem ser administrados.

Zona Quente
Deve haver treinamento e equipamento de proteção adequada para que a equipe entre na zona de risco.

Proteção para o Socorrista
Não esquecer que o DCB pode ser absorvido.
Respiratória - Há necessidade de uso de veste com nível de proteção adequado à situação e máscara autônoma.
Cutânea ? Há necessidade do uso de vestes que garantam a proteção química da pele.
A ausência de treinamento e proteção adequada proíbe a entrada do socorrista na zona quente.

Suporte Básico de Vida
Acesso imediato à via aérea do paciente.
Se houver suspeita de trauma associado, manter imobilização da coluna cervical. Assim que possível posicionar um colar cervical e manter o paciente imobilizado sobre prancha rígida.
Assegurar boa respiração e circulação.
Se a vítima puder andar, orientá-la para a saída imediata da zona de redução de contaminação. Em caso da

impossibilidade da mesma andar, removê-la em maca, liteira, amparada ou carregada.
A vítima deve ser orientada a fazer o mínimo de movimento possível, pois os efeitos tóxicos podem ser exacerbados pelos esforços físicos.

Zona de atendimento:

Nenhum paciente pode ser transferido para a zona de atendimento sem a adequada redução de contaminação.
Assegurar-se de que houve a redução de contaminação adequada. Em caso negativo, descontaminar conforme descrito anteriormente.
As vítimas já descontaminadas ou expostas apenas ao gás, não constituem riscos para os socorristas. Não há necessidade de uso de roupas de proteção especiais por parte dos socorristas.
Permeabilizar via aérea imediatamente.
Em caso de suspeita de trauma, manter imobilização de coluna cervical com colar e prancha rígida se não houver sido realizado anteriormente.
Garantir boa ventilação e circulação, fornecendo oxigênio suplementar via máscara com bolsa se necessário.
Acesso venoso calibroso.
Monitorização cardíaca.
Se necessário, repetir a redução de contaminação cutânea ou oftálmica.
Em caso de ingestão, NÃO induzir ao vômito. As vítimas que estiverem conscientes devem receber, via oral, uma dosagem de 200 a 300 ml de água ou leite.
Não há relatos na literatura sobre a utilização do carvão ativado nas exposição ao DCB.

Tratamento Avançado
Certificar-se de que houve a redução de contaminação adequada anteriormente.
Não há necessidade de roupa de proteção especial para a equipe de atendimento.
Continuar irrigando pele e olhos expostos.
No caso de ingestão não induzir ao vômito, administrar 200 a 300 ml de água ou leite se vítima consciente.
Em caso de comprometimento respiratório, assegurar via aérea com entubação ou cricotireoidostomia.
Garantir boa ventilação e circulação, fornecendo oxigênio suplementar via máscara com bolsa se necessário.
Acesso venoso calibroso.
Monitorização cardíaca.
Tratar pacientes com broncoespasmo com broncodilatadores aerossóis, pois intoxicações por produtos químicos associados podem levar a uma sensibilização miocárdica e o uso dessas drogas parenterais pode elevar o risco de toxicidade ao órgão. A intoxicação pelo DCB isoladamente não mostrou efeito sinérgico de toxicidade quando associado ao uso de broncodilatadores parenterais.
Pacientes em coma, hipotensos ou crises convulsivas, devem ser tratados conforme protocolos específicos de suporte avançado de vida (ALS).

Antídoto
Inexiste antídoto para a intoxicação pelo DCB.

Transporte para Hospital
Apenas pacientes após a redução de contaminação ou que não requeiram mais descontaminação devem ser transportados para o hospital.
É erro grave a transferência de qualquer paciente contaminado para o hospital.
Antes do transporte, o hospital e o médico responsável devem ser comunicados e informados sobre o ocorrido, o produto envolvido as condições do paciente na cena, o que foi feito para ele no local e no trajeto, a evolução durante o transporte e tempo para chegada no local.
Nos casos de ingestão, preparar a ambulância com várias toalhas e sacos descartáveis já abertos para rapidamente limpar e isolar o vômito com conteúdo tóxico.
Não esquecer de também se proteger.

Múltiplos Casos
Os pacientes expostos com a sintomatologia abaixo devem ser transferidos para avaliação médica:
1. Alteração cutânea severa
2. Alterações oftálmicas
3. Alterações respiratórias
4. Tontura
5. Cefaléia
6. História de exposição importante
Aqueles expostos ao DCB na forma de gás e que estiverem assintomáticos, apresentam baixo potencial de complicações. Após terem sido registrados o nome, endereço e telefone dos mesmos, eles devem ser liberados com orientação de retorno imediato ao serviço em caso de aparecimento sintomatológico.

Tratamento hospitalar:
Atencao

ATENDIMENTO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA
Atenção
Vítimas expostas apenas ao DCB na forma de gás ou vapor não constituem risco para os socorristas de contaminação secundária. Diferentemente daquelas cujas roupas ou pele estão contaminadas com a forma líquida, que podem contaminar secundariamente os socorristas pelo vapor emanado ou pelo contato direto com o produto.
O DCB é irritante para olhos e pele.
Pode causar efeitos sistêmicos pela via cutânea, digestiva ou respiratória.
Depressão do SNC e colapso cardiovascular também podem ocorrer, mas geralmente conseqüentes à hipoxemia ou pela absorção sistêmica.
O tratamento imediato para a intoxicação por DCB consiste em redução de contaminação e suporte cárdio respiratório.
Oxigênio suplementar e sintomáticos devem ser administrados.
Pela maior área corporal proporcional, há maior absorção pela pele, as crianças tendem a apresentar sintomatologia mais exuberante e grave.
Atenção especial deve ser dada à avaliação da cavidade oral das crianças, pois há o hábito nelas de levar a

mão à boca, o que pode gerar contaminação sistêmica e lesão local.

Suporte Básico

Avaliar e abrir vias aéreas. Garantir respiração e circulação, se necessário com intubação ou cricotireoidostomia.

Pesquisar por sinais de edema de laringe e comprometimento de vias aéreas.

Em caso de broncoespasmo dar preferência a agentes aerossóis, por causa do risco de toxicidade miocárdica em certas exposições químicas múltiplas. Esse efeito é mais observado no paciente idoso.

Não há relatos de que o DCB, isoladamente, eleve o risco de toxicidade miocárdica quando associado aos broncodilatadores parenterais.

Caso o paciente não tenha sido descontaminado anteriormente, iniciar imediatamente a descontaminação conforme descrito mais acima. A descontaminação imediata é crítica. Despir completamente o paciente e lacrar, em sacos duplos, o material contaminado. Não esquecer de se auto-proteger para não se tornar vítima. Usar duas luvas de borracha. Cuidado com hipotermia, principalmente nos idosos e nas crianças. Se necessário, utilizar cobertores ou aquecedores. Os pacientes que estiverem andando poderão ser responsáveis pela própria descontaminação ? sob observação sempre e orientados a não realizar esforços desnecessários.

No caso de exposição oftálmica ? pacientes ainda não descontaminados ? irrigar os olhos com solução fisiológica por pelo menos 20 minutos. Remover cuidadosamente lentes de contato se presentes e se ainda não removidas, observando para não causar trauma secundário. Continuar irrigação até a chegada do paciente à UTI.

Ingestão

Em caso de ingestão, não induzir ao vômito.

A utilização do Xarope de Ipeca não é recomendado pelo potencial de depressão do SNC e de crises convulsivas.

Se consciente e deglutindo, oferecer 200 a 300 ml de água ou leite via oral.

Não há registro de benefício do carvão ativado na literatura.

A lavagem gástrica pode ser realizada desde que obedeça a alguns critérios:

o Após ingestão de dose elevada, potencialmente letal.
o Até 1 hora após a ingestão.
o Proteção das vias aéreas.
o Posição de Trendelemburgo
o Decúbito lateral esquerdo
o Intubação orotraqueal
o Controle do quadro convulsivo precedendo procedimento.

Contra indicações para realização da lavagem gástrica:

o Perda dos reflexos de proteção das vias aéreas
o Diminuição do nível de consciência em pacientes não intubados
o Após ingestão de corrosivos
o Após ingestão de hidrocarbonetos
o Risco de hemorragia do TGI

o Risco de perfuração do TGI
o Ingestão de dose insignificante
o Ingestão de substância atóxica
Quadro convulsivo:
o Diazepam ? 5 a 10mg no adulto, repetidos a cada 10 a 15 minutos, de acordo com a evolução do paciente. Crianças 0.2 a 0.5mg/Kg, repetidos a cada 5 minutos de acordo com a evolução do paciente
o Lorazepam ? Adulto 2 a 4mg e crianças 0.05 a 0.1mg/Kg.
o Fenobarbital ? Considerar a possibilidade nos casos em que haja recidiva do quadro convulsivo após 30mg de Diazepam(adultos) ou 10mg nas crianças menores de 5 anos.
Monitorar o paciente, pois existe risco de hipotensão, arritmias, depressão respiratória, hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos e hipóxia.
Oximetria de pulso e monitorização cardíaca constantes.

Inalação
Administrar, por Máscara não reinalante, oxigênio suplementar, para os pacientes com alterações respiratórias, mantendo uma FiO2 de pelo menos 85%.
Assistir a ventilação de forma cuidadosa.
Em caso de broncoespasmo dar preferência a agentes aerossóis associados a corticosteróides via oral ou parenteral. Esse efeito é mais observado no paciente idoso.
Quadro convulsivo:
o Diazepam ? 5 a 10mg no adulto, repetidos a cada 10 a 15 minutos, de acordo com a evolução do paciente. Crianças 0.2 a 0.5mg/Kg, repetidos a cada 5 minutos de acordo com a evolução do paciente
o Lorazepam ? Adulto 2 a 4mg e crianças 0.05 a 0.1mg/Kg.
o Fenobarbital ? Considerar a possibilidade nos casos em que haja recidiva do quadro convulsivo após 30mg de Diazepam (adultos) ou 10mg nas crianças menores de 5 anos.
Se paciente evoluir com edema agudo de pulmão, intubar e iniciar VM com PEEP precocemente. Trata-se de edema agudo de pulmão não cardiogênico.

Exposição Oftálmica
Certificar-se de que houve redução de contaminação adequada dos olhos.
Testar acuidade visual se houver lesão oftálmica evidente.
Avaliar à procura de ceratite e úlcera de córnea.
Certificar-se da ausência de lentes de contato.
Avaliação pelo oftalmologista imediatamente para os que estiverem sintomáticos. Reavaliação após 24 horas.

Exposição cutânea
Assegurar-se de que houve a redução de contaminação adequada. Em caso negativo, proceder como descrito anteriormente.
Em caso de dermatite, pode-se lançar mão de terapia antihistamínica tópica ou sistêmica.
Pode-se associar a corticoterapia tópica ou sistêmica.
Tratar queimadura como térmica.

Unidade de terapia intensiva:

Atenção

Vítimas expostas apenas ao DCB na forma de gás ou vapor não constituem risco para os socorristas de contaminação secundária. Diferentemente daquelas cujas roupas ou pele estão contaminadas com a forma líquida, que podem contaminar secundariamente os socorristas pelo vapor emanado ou pelo contato direto com o produto.

O DCB é irritante para olhos e pele.

Pode causar efeitos sistêmicos pela via cutânea, digestiva ou respiratória.

Depressão do SNC e colapso cardiovascular também podem ocorrer, mas geralmente conseqüentes à hipoxemia ou pela absorção sistêmica.

O tratamento imediato para a intoxicação por DCB consiste em redução de contaminação e suporte cárdio respiratório.

Oxigênio suplementar e sintomáticos devem ser administrados.

Pela maior área corporal proporcional, há maior absorção pela pele, as crianças tendem a apresentar sintomatologia mais exuberante e grave.

Atenção especial deve ser dada à avaliação da cavidade oral das crianças, pois há o hábito nelas de levar a mão à boca, o que pode gerar contaminação sistêmica e lesão local.

Suporte Básico

Avaliar e abrir vias aéreas. Garantir respiração e circulação, se necessário com entubação ou cricotireoidostomia.

Pesquisar por sinais de edema de laringe e comprometimento de vias aéreas.

Em caso de broncoespasmo dar preferência a agentes aerossóis, por causa do risco de toxicidade miocárdica em certas exposições químicas múltiplas. Esse efeito é mais observado no paciente idoso. Não há relatos de que o DCB, isoladamente, eleve o risco de toxicidade miocárdica quando associado aos broncodilatadores parenterais.

Caso o paciente não tenha sido descontaminado anteriormente, iniciar imediatamente a descontaminação conforme descrito mais acima. A descontaminação imediata é crítica. Despir completamente o paciente e lacrar, em sacos duplos, o material contaminado. Não esquecer de se auto-proteger para não se tornar vítima. Usar duas luvas de borracha. Cuidado com hipotermia, principalmente nos idosos e nas crianças. Se necessário, utilizar cobertores ou aquecedores. Os pacientes que estiverem andando poderão ser responsáveis pela própria descontaminação ? sob observação sempre e orientados a não realizar esforços desnecessários.

No caso de exposição oftálmica ? pacientes ainda não descontaminados ? irrigar os olhos com solução fisiológica por pelo menos 20 minutos. Remover cuidadosamente lentes de contato se presentes e se ainda não removidas, observando para não causar trauma secundário. Continuar irrigação até a chegada do paciente à UTI.

Ingestão

Em caso de ingestão, não induzir ao vômito.

A utilização do Xarope de Ipeca não é recomendado pelo potencial de depressão do SNC e de crises convulsivas.

Se consciente e deglutindo, oferecer 200 a 300 ml de água ou leite via oral.
Não há registro de benefício do carvão ativado na literatura.
A lavagem gástrica pode ser realizada desde que obedeça a alguns critérios:
o Após ingestão de dose elevada, potencialmente letal.
o Até 1 hora após a ingestão.
o Proteção das vias aéreas.
o Posição de Trendelemburgo
o Decúbito lateral esquerdo
o Intubação orotraqueal
o Controle do quadro convulsivo precedendo procedimento.
Contra indicações para realização da lavagem gástrica:
o Perda dos reflexos de proteção das vias aéreas
o Diminuição do nível de consciência em pacientes não intubados
o Após ingestão de corrosivos
o Após ingestão de hidrocarbonetos
o Risco de hemorragia do TGI
o Risco de perfuração do TGI
o Ingestão de dose insignificante
o Ingestão de substância atóxica
Quadro convulsivo:
o Diazepam ? 5 a 10mg no adulto, repetidos a cada 10 a 15 minutos, de acordo com a evolução do paciente. Crianças 0.2 a 0.5mg/Kg, repetidos a cada 5 minutos de acordo com a evolução do paciente
o Lorazepam ? Adulto 2 a 4mg e crianças 0.05 a 0.1mg/Kg.
o Fenobarbital ? Considerar a possibilidade nos casos em que haja recidiva do quadro convulsivo após 30mg de Diazepam(adultos) ou 10mg nas crianças menores de 5 anos.
Monitorar o paciente, pois existe risco de hipotensão, arritmias, depressão respiratória, hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos e hipóxia.
Oximetria de pulso e monitorização cardíaca constantes.

Inalação
Administrar, por Máscara não reinalante, oxigênio suplementar, para os pacientes com alterações respiratórias, mantendo uma FiO2 de pelo menos 85%.
Assistir a ventilação de forma cuidadosa.
Em caso de broncoespasmo dar preferência a agentes aerossóis associados a corticosteróides via oral ou parenteral. Esse efeito é mais observado no paciente idoso.
Quadro convulsivo:
o Diazepam ? 5 a 10mg no adulto, repetidos a cada 10 a 15 minutos, de acordo com a evolução do paciente. Crianças 0.2 a 0.5mg/Kg, repetidos a cada 5 minutos de acordo com a evolução do paciente
o Lorazepam ? Adulto 2 a 4mg e crianças 0.05 a 0.1mg/Kg.
o Fenobarbital ? Considerar a possibilidade nos casos em que haja recidiva do quadro convulsivo após 30mg de Diazepam (adultos) ou 10mg nas crianças menores de 5 anos.
Se paciente evoluir com edema agudo de pulmão, intubar e iniciar VM com PEEP precocemente. Trata-se

de edema agudo de pulmão não cardiogênico.

Exposição Oftálmica
Certificar-se de que houve redução de contaminação adequada dos olhos.
Testar acuidade visual se houver lesão oftálmica evidente.
Avaliar à procura de ceratite e úlcera de córnea.
Certificar-se da ausência de lentes de contato.
Avaliação pelo oftalmologista imediatamente para os que estiverem sintomáticos. Reavaliação após 24 horas.

Exposição cutânea
Assegurar-se de que houve a redução de contaminação adequada. Em caso negativo, proceder como descrito anteriormente.
Em caso de dermatite, pode-se lançar mão de terapia antihistamínica tópica ou sistêmica.
Pode-se associar a corticoterapia tópica ou sistêmica.
Tratar queimadura como térmica.

Antídotos e Outros Tratamentos
Inexistem

Exames complementares:

o Hemograma
o Glicemia
o Dosagem de eletrólitos
o Função renal
o Função hepática
o Raios X de tórax
o ECG
o Hemogasometria arterial

Efeitos retardados:

Geralmente secundários à hipoxemia ou à toxicidade sistêmica. Podem atingir o sistema cárdio vascular, renal ou hepático.

Liberacao do paciente:

Aqueles pacientes que permanecerem assintomáticos por um período de 6 horas, podem ser liberados, orientados a retornarem ao serviço em caso de aparecimento de sintomas.
O fumo pode exacerbar a lesão pulmonar ? mesmo a leve ? e deve-se manter abstinência por pelo menos 72 horas após a exposição.

Seguimento
Fígado, rins,e coração podem apresentar alterações secundárias à hipóxia.

Pacientes com lesão corneana devem ser reavaliados pelo oftalmologista após 24 horas.

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.