016

Síndrome de Abstinência Alcoólica

Última revisão: 15/10/2019
Estabelecido em: 23/11/2007

Responsáveis / Unidade
Philipe Marques da Cunha – Médico / HGV

Responsávies pela edição anterior
Marco Túlio Paolinelli Pellegrini – Médico | DIRASS
Vanuza Fortes Ribeiro – Médica | CCPC

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br e intranet

Diretrizes Clínicas Protocolos Clínicos

FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

INTRODUÇÃO / RACIONAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde[1] 2,5 milhões de pessoas morrem anualmente por problemas relacionados ao uso de álcool que é causa de cerca de sessenta tipos de doenças. O álcool figura como causa das quatro doenças mais incapacitantes. Na faixa etária dos 15 aos 29 anos a taxa de mortes relacionadas ao uso de álcool pode atingir 9%. A última pesquisa por domicílio, 2005[2] demonstrou que o Brasil apresenta 12,3% de dependentes ao álcool e pesquisas do Ministério da Saúde relatam aumento do consumo de álcool entre as mulheres nos últimos anos: 2006 8,1%, 2007 9,3% e 2008 10,5%. No mesmo ano 29% dos homens relataram consumo de álcool. Em torno de 60% dos acidentados no transito apresentam índices de alcoolemia superiores aos permitidos pelo Código Brasileiro de Trânsito. Esses dados justificam que a investigação sobre o uso de álcool seja realizada em todos os atendimentos.

A Síndrome de Abstinência Alcóolica (SAA) é um estigma da Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA) (Bertolote, 1997), sendo um indicador da existência de dependência, sinalizando consumo crônico e abusivo. É desencadeada quando o indivíduo diminui ou cessa a ingestão de álcool abruptamente (Scivoletto & Andrade, 1997).

Os sinais e sintomas mais comuns da SAA são agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros. Podendo evoluir com complicações como alucinações, Delirium Tremens (DT) e convulsões e óbito.

O manejo da SAA frequentemente é o primeiro passo no tratamento da dependência do álcool e representa um momento privilegiado para a adesão do paciente ao tratamento.

Considerando a heterogeneidade de condutas no tratamento da SAA no Brasil (muitas delas sem evidências científicas), contrastando com o sólido conhecimento internacional sobre o que fazer e o que não fazer na SAA, a Associação Brasileira de Psiquiatria dentro do Projeto Diretrizes desenvolvido em cooperação com a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina organizou a Diretriz sobre Abuso e Dependência do Álcool, 2002. É com base nessa Diretriz e em evidências científicas relevantes sobre o assunto que organizamos este protocolo.

PALAVRAS CHAVE

Álccol, Síndrome de abstinência alcoólica, tiamina, Escala de CIWA-AR.

OBJETIVOS

1. Orientar o profissional de saúde no diagnóstico, avaliação e tratamento da SAA;
2. Orientar o diagnóstico, avaliação e tratamento das complicações clínicas e psiquiátricas associadas;
3. Contextualizar as necessidades da clientela dos hospitais da rede FHEMIG e o encaminhamento para acompanhamento da Dependência Química.

POPULAÇÃO ALVO

Pacientes adultos que se apresentem nos serviços de urgência ou internação em quadro de abstinência alcoólica

UTILIZADORES POTENCIAIS

Médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos.

METODOLOGIA

Revisão não sistemática da literatura, utilização de sumários baseados em evidência – up to date e Dynamed

RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS

Sugere-se no paciente com abstinência alcoólica, antes da administrção de glicose, uso de 100 mg de tiamina por dia EV ou IM por 3 dias, com seguimento com tiamina oral tão logo consiga manter ingestão oral (1C).

Sugere-se no paciente com síndrome de Wernicke- Korsakoff antes da administrção de glicose, 500 mg 3 x ao dia EV por dois dias, após 250 mg/dia EV por 5 dias (1C).

SIGLAS

ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria
BDZ- Benzodiazepínicos
CIWA-AR- *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-revisto*
DT- Delirium Tremens
SAA- Síndrome de Abstinência Alcoólica
CAGE- *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Médico;
- Equipe de enfermagem;
- Psicólogo (nas unidades clínicas pode não ser possível);
- Assistente Social;
- Leitos de observação;
- Leitos de internação clínica e leitos de CTI;
- Equipamento e material para soroterapia;
- Psicofármacos, tiamina e outros sintomáticos conforme descritos no protocolo;
- Apoio de laboratório de análises clínicas.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Diagnóstico

A. História completa do uso de álcool

Diante da suspeitar de uso de álcool ou SAA em qualquer situação clínica de urgência aplicar o **CAGE** – (ANEXO I).

É importante investigar:
Há quanto tempo faz uso de álcool;
Quando o uso se tornou frequente, quais bebidas são ingeridas e a dose média consumida ;
Se faz uso esporádico, porém abusivo, chegando à intoxicação (Binge);
Se há uso concomitante de outras drogas;
Se houve interrupção abrupta ou diminuição da ingesta e há quanto tempo;
Se a interrupção foi programada e sob supervisão ou involuntária;
Se ocorre em decorrência de doença clínica/intervenção cirúgica ou trauma que ocasionou internação hospitalar e interrupção involuntária.

B. História clínica e psiquiátrica

É importante investigar tanto os quadros clínicos que podem ser desencadeados pelo uso crônico como gastrite, insuficiência hepática, HAS, quadros de carências nutricionais, diabetes; como os quadros psiquiátricos que podem estar associados aos abusos de drogas como transtorno bipolar, esquizofrenia e depressão.

- Investigar as co-morbidades e doenças causadas pelo uso crônico de álcool;
- Avaliar a interrelação entre elas e o consumo de álcool;
- Avaliar a superposição de eventos de libação alcoólica, doenças agudas, síndrome de abstinência por outras drogas e diagnósticos diferenciais (PC 027 Acolhimento aos Usuários de Álcool e Drogas).

Nos ambulatórios de atendimento primário, quadros de ansiedade, insônia, hiperventilação, sudorese, tremores, taquicardia hipertensão arterial, náuseas, refluxo gastro-esofágico, diarreias, gastrites entre outros indicam avaliação adequada do uso de ácool (**CAGE**).

Nas enfermarias, pacientes em observação pós-cirúgica por várias causas, pnemonias, gastrites, pancreatite aguda, especialmente AIDS onde o índice de dependentes químicos é muito elevado é preciso avaliar o consumo de álcool (**CAGE**).

É importante lembrar que em 60% dos acidentes automobilísticos estão envolvidos pessoas alcoolizadas. Muitos entre eles são dependentes e entrarão em abstinência involuntária caso sejam internados; tais quadros, são frequentemente ignorados e subdiagnosticados.[24]

C. Quadro clínico e psiquiátrico da SAA - Escala de CIWA-AR (ANEXO II) e encaminhamentos

Noventa por cento dos pacientes desenvolve sintomas de abstinência nas primeiras 24 horas após interrupção do álcool. Em geral apresentam sintomas leves a moderados (**ANEXO III e ANEXO IV**), que podem prescindir de internação e o tratamento pode ser domiciliar sob acompanhamento ambulatorial.

Cerca de 5% dos pacientes evoluem para SAA grave nas 48 horas seguintes à interrupção e destes, 3% podem evoluir para *delirium tremens* após 72 horas ou apresentar convulsões (cerca de 10 a15% das SAA).

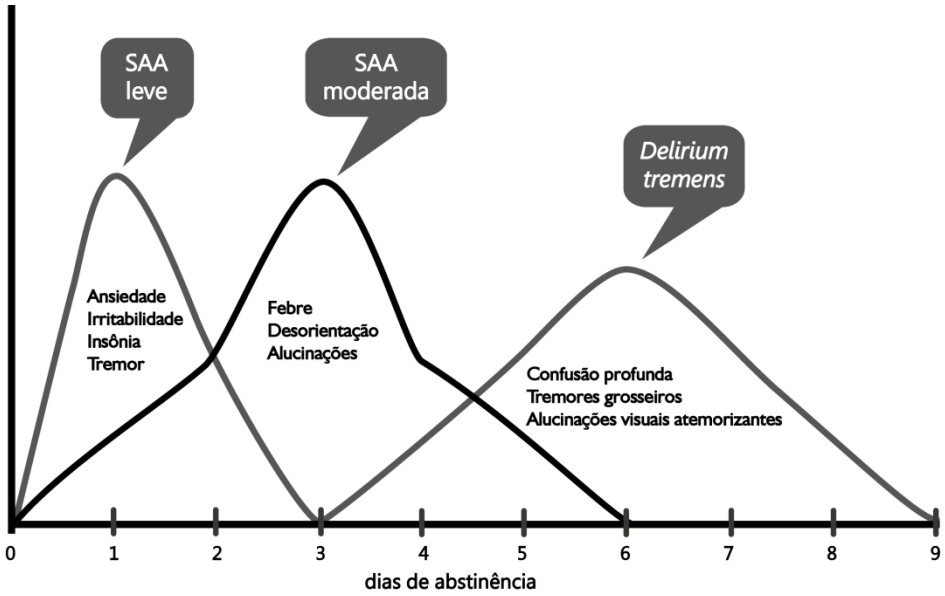


Figura 1. Gravidade e Duração dos Sinais e Sintomas da SAA
Fonte: Freeland et al., 1993; Projeto Diretrizes-ABP-Abuso e dependência de álcool, 2002.

A avaliação médica deve ser realizada para aquilatar condições médicas ou psiquiátricas graves que complicam o tratamento da abstinência alcoólica, e avaliar a necessidade de internação hospitalar clínica ou psiquiátrica. Além de preparar a adesão ao tratamento ambulatorial da dependência, se houver; ou dos quadros psiquiátricos encontrados.
Deve ser avaliado:

- Sinais de patologias psiquiátricas graves, idéias suicidas e comprometimento cognitivo importante;
- Sinais de descompensção clínica: hepática, renal, hidreletrolítica, cardíaca ou neurológica;
- Sinais de sangramento gastrointestinal;
- Gravidez;
- Ausência de cuidadores que possam gerenciar o tratamento ambulatorial;
- Impossibilidade de ingestão oral de medicamantos;
- História de convulsões e episódios anteriores de SAA com evolução para *delirium tremens*.

Os testes de laboratório incluem hemograma completo, eletrólitos séricos, glicemia, função hepática e testes de função renal, exame de urina; se possível, teste de presença de drogas na urina. História de uso/abuso de outras drogas pode necessitar de cuidados específicos (PC 027 Acolhimento ao Usário de álcool e drogas).

Mulheres antes da menopausa devem realizar teste de βHCG. Um eletrocardiograma é sugerido para pacientes acima de 50 anos, ou se houver histórico de problemas cardíacos. A radiografia de tórax pode ser indicada para pacientes com problemas respiratórios crônicos ou sintomas respiratórios.

História de quadros anteriores de abstinência aumenta o risco de desenvolvimento de sintomas graves . A história do uso de múltiplas drogas e várias tentativas frustradas de parar de beber, diminui a probabilidade de sucesso em desintoxicação ambulatorial. Além disso, os fatores de risco para *delirium tremens* precisam ser cuidadosamente avaliados.

Este protocolo optou pela utilização da escala de **CIWA-Ar** (Clinical Institute Withdrawal Assessment from Alcohol-revised) como ferramenta para a avaliação da gravidade e evolução da SAA.

Esta escala auxilia nas tomadas de decisão em três esferas do tratamento: a necessidade do uso de medicação, o local aonde realizar a desintoxicação, e a gravidade e acompanhamento dos sintomas durante o tratamento:

- **Escore >8** – Quadro leve: O paciente pode não necessitar de internação para desintoxicação a não ser que tenha história de ingestão de álcool nas últimas 6-8 horas, história de Binge ou de váriaos episódios anteriores de abstinência. Nestes casos deve permanecer em observação;

- **Escores entre 8 e 15** – Quadro moderado: O paciente ainda pode ser tratado ambulatorialmente ou necessitar permanecer em observação (Hospital-Dia ou Ambulatório de Crise). Deve ser encaminhado após a alta para Serviço de Atendimento a Dependência Química (CAPS-ad ou CMT) - **APÊNDICE I**;

- **Escores <15** – Quadro grave: É muito provável que este paciente necessite internação clínica, particularmente se estiverem presentes sinais de delirium, como temperatura elevada, alterações sensoriais e cognitivas.

A aplicação da escala CIWAR-Ar orienta sobre o manejo adequado do paciente. Deve ser reaplicada até de 15 em 15'. À medida que os índices de gravidade vão melhorando as avaliações podem ser espaçadas até de 8 em 8 horas. Estes valores também orientam a prescrição medicamentosa como se verá adiante.

Se em algum momento houver agravamento do quadro e os índices alcançarem escores acima de 20 a transferência para unidade de urgência clínica está recomendada (Apêndice I)

Pacientes que relatam beber mais de cinco doses de bebidas destiladas por dia, durante duas semanas ou mais (Binge) devem ser monitorados cuidadosamente. Aqueles que interromperam o uso há mais tempo (acima de 3-4 dias) apresentarão quadros mais graves (**Figura 1**).

Lembrando que o uso de álcool é responsável por inúmeras patologias é importante avaliar o risco

de dependência ao álcool e , portanto, de desenvolvimento de SAA em diversas situações:

Emergências Médicas:
Reiteramos que as vítimas de acidentes de tráfego, de trabalho e domésticos e dos diversos episódios dviolentos frequentemente se encontram alcooolizadoas. É preciso investigar o uso de álcool entre estes pacientes e realizar a prevenção de SAA utiizando Tiamina além de não perder a oportunidade para abordar a dependência corretamente.[24]

Clínica Médica:
Crise hipertensiva, taquiarritmias, fibrilação atrial paroxística, vômitos, dor abdominal e cefaléia e distúrbios gastrointestinais (pancreatites, úlceras,cirrose, entre outros), distúrbios nutricionais (desnutrição, deficiência vit B_{12} , folatos, tiamina, piridoxina, etc) neoplasias;

Neurologia:
Neuropatias periféricas, doença cerebelar, convulsões – após período de libação, crise isolada, sem complicações, convulsões durante evolução da síndrome de abstinência, complicada com disautonomia, distúrbios hidreletrolíticos, hipertensão grave, rabdomiólise;

Psiquiatria:
Ansiedade, crises de pânico, alucinose, alucinações, paranóia, delírios e agitação psicomotora, co-morbidade em transtornos de humor e esquizofrenia;

Ortopedia:
Fraturas por quedas e osteoporose durante intoxicação aguda, com evolução subsequente, "quedas" por convulsão como sintoma de SAA não diagnosticada , ou intoxicação , miopatias graves;

Cirurgia buco-maxilo-facial:
Fraturas de face;

Cirurgia Geral:
Quedas, contusões, lesões cortantes, "queda-da-própria-altura" (convulsões são causa frequente).

D. Critérios diagnósticos para a síndrome de abstinência ao álcool (SAA)- OMS

Deve haver evidência clara de interrupção ou redução do uso de álcool, após uso repetido, usualmente prolongado e/ou em altas doses;

Pelo menos três dos sinais devem estar presentes:

(1) Tremores da língua, pálpebras ou das mãos quando estendidas;
(2) Sudorese;
(3) Náusea, ânsia de vômitos ou vômitos;
(4) Taquicardia ou hipertensão;
(5) Agitação psicomotora;
(6) Cefaléia;
(7) Insônia;
(8) Mal-estar ou fraqueza;

(9) Alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias;
(10) Convulsões tipo grande mal.

E. Tratamento

Os objetivos iniciais de desintoxicação são a segurança e o tratamento fetivo da abstinência, isto é, a prevenção de agravamento do quadro com convulsões, alucinações ou a evolução de *delirium tremens*.

✓ Objetivos

- Aliviar os sintomas existentes;
- Previnir o agravamento do quadro com convulsões e delirium;
- Vincular o paciente ao tratamento da dependência propriamente dito;
- Previnir a ocorrência de síndromes mais graves no futuro.

E.1. Tratamento não Farmacológico

- Atitude receptiva, sem julgamento moral, acolhedora;
- Tranquilização do paciente ,evitar gestos ameaçadores e oferecer segurança;
- Oferecer local seguro, cadeira, maca com proteção lateral, maca com cabeceira elevada ou mesmo o chão, para evitar quedas (PC 047- Prevenção de quedas);
- Manutenção de ambiente iluminado, evitar ruídos;
- Estimular a hidratação oral;
- Monitorar pulso, pressão arterial, nível de consciência e hidratação;
- Fornecer acesso a data, hora, e informações médicas e de enfermagem;
- Suporte do serviço social e psicologia, sensibilização dos familiares e orientações sobre a doença, os riscos de agravamento e encaminhamento para serviços de Tratamento de Dependentes Químicos;
- Quadros clínicos leves (>8 escala CIWA-AR) a moderados (<20 escala CIWA-AR) podem ser tratados ambulatorialmente (recomendação **A**).

E.2 Tratamento Farmacológico

O que não se deve fazer:

- Oferecer álcool. Além de não ser opção terapêutica ainda pode levar o paciente e familiares a crer que álcool é remédio;
- Hidratar indiscriminadamente, atenção aos pacientes cardiopatas que podem descompensar;
- Aplicar difenilhidantoína e clorpromazina;
- Utilizar diazepam endovenoso sem suporte ventilatório;
- Aplicar glicose sem a utilização prévia de Tiamina.

Estratégias para uso de benzodiazepínicos na SAA (recomendação **A)**

O objetivo é minimizar o desconforto do paciente , e evitar convulsões. A literatura é controversa quanto à necessidade de prescrever anticonvulsivantes desde o início do tratamento ou somente se houver convulsões.

No segundo caso o foco se dá nos sintomas. Utilizando a escala de **CIWAR-Ar** a intervalos curtos de 15 a 20 minutos e prescrevendo somente a partir do aparecimento dos sintomas, inclusive convulsões. A prescrição baseada em sintomas, através da aplicação da escala de **CIWAR-Ar** diminui as doses necessárias e a duração do período de hospitalização mostrando-se mais eficaz que a utilização de esquemas rígidos de prescrição.Havendo melhora do quadro, a prescrição de bezodiazepínicos é espaçada e as avaliações também (8/8 horas).

Embora vários medicamentos sejam utilizados com o objetivo de minimizar os sintomas, os bezodiazepínicos de longa ação são os preferidos (Mayo-Smith 1997). O objetivo é minimizar o desconforto do paciente, portanto, a sedação ideal é leve, isto é, em que é possível despertar o paciente. (CIWA-Ar > 15).

Pontuação menor que 15 na escala CIWAR-Ar

Paciente não precisa ser internado, o tratamento pode ser realizado ambulatorialmente. Sugerimos utilização das orientações contidas no PC 027- Acolhimento ao Usuário de Álcool e Drogas que especifica os exames a serem solicitados, orienta aplicação da Entrevista Motivacional, abordagem de familiares/responsáveis pelo Serviço Social e encaminhamentos.

Pontuação maior que 15 na escala CIWA-Ar

Diazepam: 10 a 20 mg VO/IM de 1/1 hora ou a critério médico (até 40mg/dia);

Hepatopatias graves: Lorazepam 2-4 mg VO de 1/1 hora.

Reduzir os benzodiazepínicos gradualmente de acordo com quadro clínico, pois sua manutenção acarreta riscos.

- Perigo de tolerância cruzada com álcool;
- Risco de desenvolvimento de dependência e/ou uso abusivo alternado com o álcool;
- Agravamento dos transtornos ansiosos durante o acompanhamento ambulatorial.

Na presença de convulsões o uso de anticonvulsivantes não demonstrou benefícios superiores ao uso de Benzodiazepínicos e, portanto, não há indicação de seu uso. (NSW, 2008).

Tiamina (A)

Jamais administrar glicose sem uso prévio de Tiamina (pelo menos 30') devido ao elevado risco de desenvolvimento de Encefalopatia de Wernicke.

1. CONTEXTO

O uso abusivo do álcool é muito prevalente na sociedade em geral, no Brasil até 70% da população já experimentou algum tipo de bebida alcoólicas sendo 11% dependentes do álcool (CEBRID 2001). É essencial estabelecer o quadro clínico e especificidades dos pacientes que chegam alcoolizados nos serviços de urgência e emergência e fazer a abordagem adequada. O abuso de álcool pode estar relacionado à politraumas, acidentes de trânsito, criminalidade, eventos clínicos infecciosos ou não infecciosos, quadros psiquiátricos e tentativas de autoextermínio.

Neste parecer, procuraremos estabelecer as evidências para tratamento de intoxicação alcoólica aguda, síndrome de abstinência alcoólica e síndrome de Wernicke-Korsakoff, com ênfase na utilização de tiamina.

2. ESTRATÉGIA DE BUSCA E BASES DE DADOS PESQUISADAS

Foram consultados os sites Dynamed, Up to Date e protocolos da FHEMIG em abstinência alcoólica e intoxicação alcoólica aguda.

Pergunta PICO	
Pacientes	Pacientes com abuso de álcool atendidos em urgências com intoxicação alcoólica aguda, síndrome de abstinência alcoólica e síndrome de Wernicke-korsakoff
Intervenção	Uso de soluções glicosadas e tiamina
Comparador	Doses escalonadas de tiamina em cada condição clínica
Desfecho	Desenvolvimento de lesão SNC por deficiência de tiamina com o uso de soluções glicosadas

3. SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Síndromes clínicas de uso abusivo de álcool e fluxogramas propostos de tratamento.

    - **Definição de intoxicação alcoólica aguda:** O uso abusivo de grandes doses de bebidas alcoólicas, seja por usuários frequentes ou não do álcool, é o que leva a maior frequência de avaliações em serviços de urgência. A gravidade do evento leva em conta as suscetibilidades individuais, comorbidades, associação com outras drogas, acidentes e traumas associados. Pode ser dividida em três fases: a fase excitatória, com sintomas de desinibição, queda do juízo crítico, euforia ou agressividade; fase depressora, com diminuição da consciência, depressão respiratória e circulatória; e a ressaca, devido à circulação dos metabólicos tóxicos do etanol.

    - **Definição de abstinência alcoólica:** é um estigma da síndrome de dependência alcoólica, sendo um indicador de dependência sinalizando consumo crônico e abusivo, sendo desencadeada quando o indivíduo diminui ou cessa a ingestão de álcool abruptamente. Os sinais e sintomas mais comuns são agitação, ansiedade, alterações do humor, tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial entre outros.

    - **Definição de síndrome de Wernicke-korsakoff**: É uma complicação neurológica da deficiência de tiamina. Compreende a encefalopatia de Wernicke, que é uma síndrome aguda que requer tratamento agudo para evitar morbidade neurológica ou até o óbito. A síndrome de Korsakoff se refere a uma condição neurológica crônica que ocorre como conseqüência da síndrome de Wernicke. A síndrome de Wernicke é caracterizada por encefalopatia (desorientação, indiferença, inatividade), disfunções óculo-motoras como nistagmo horizontal e paralisia de nervos oculares e marcha atáxica. Em casos avançados nota-se demência e déficit de memória.

    - **Risco do uso de glicose sem tiamina em síndromes alcoólicas agudas**: apenas um pequeno grupo de alcoólatras desenvolve síndrome de Wernicke-korsakoff, havendo provável predisposição genética. O uso de glicose na deficiência de tiamina pode levar a lesões metabólicas em neurônios, proliferação microglial, congestão vascular e hemorragias petequiais, levando a desmielinização e gliose, mais comuns no tálamo e corpos mamilares.

Síndrome	Como reconhecer	Do de tiamina recomendada	Referência / Qualidade do nível da evidência	Observações
Intoxicação alcoólica aguda	Histórico de ingestão e sintomas de euforia ou depressão. Pesquisar traumas e abuso de substâncias concomitantes	100 mg EV ou IM em casos de intoxicação grave ou coma, se desnutridos ou atendidos em emergência ou internados. Seguimento com tiamina oral tão logo consiga manter ingestão oral.	Fraca (20, 23)	(1) - A necessidade diária de tiamina é de 1 a 2 mg por dia, que pode ser maior por questões genéticas ou má absorção.
Abstinência alcoólica	Tratamento escalonado por gravidade (escala de CIWA - AR)	100 mg por dia EV ou IM por 3 dias. Seguimento com tiamina oral tão logo consiga manter ingestão oral. Avaliar uso	Fraca [22]	(2) - Os eventos adversos de tiamina parenteral são anafilaxia e broncoespasmo, incidência de 1 caso por milhão de aplicações.
Síndrome de Wernicke-Korsakoff	Sintomas clássicos de encefalopatia, disfunção ocular e ataxia. História de alcoolismo	Administrar antes da glicose, 500 mg 3 x ao dia EV por dois dias, após 250 mg/dia EV por 5 dias, após manter e então manter 300 mg via oral diariamente 100 mg oral diariamente.	Fraca [21]	

4. RECOMENDAÇÃO

(x) Forte a favor	**( ) Fraca a favor**	**( ) Incerta**	**( ) Contra**

OBSERVAÇÃO SOBRE ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA): 01 Ampola de 100 mg diluído em 100 ml de Soro Fisiológico. Administrar em 60 minutos, 01 vez ao dia.

Síndrome de Wernick-Korsakoff: 05 Ampola de 100 mg diluído em 100 ml de Soro Fisiológico. Administrar em 60 minutos, 03 vezes ao dia.

Em pacientes desnutridos, adolescentes, hepatopatas, idosos e alcoólatras crônicos a Tiamina deve ser mantidas mesmo após alta. É importante ressaltar que os dependentes de álcool frequentemente alimentam-se mal e apresentam múltiplas carências alimentares.

Não há evidências científicas suficientemente fortes sobre as doses adequadas de Tiamina ou de polivitamínicos nos quadros de SAA e mesmo de Encefalopatia de Wernicke.

Nos casos graves que requerem internação pode ser necessário manter a Tiamina 200 mg ao dia, injetável nos primeiros dias devido ao risco de vômitos. Em ausência de vômitos pode ser administrada VO. A manutenção de Tiamina após a alta dependerá da avaliação clínica do paciente. Doses superiores estão reservadas para o tratamento da Encefalopatia de Wernicke.

Em presença de quadros severos, com escores acima de 20 na Escala **CIWA-Ar** ou presença de convulsões está indicada internação em Unidades Clínicas, monitoramento e controle dos distúrbios hidreletrolíticos, função hepática e renal (**APÊNDICE I**).

Medicação sintomática e de suporte para as complicações clínicas conforme quadro clínico apresentado.

Alucinações

O paciente em abstinência frequentemente se apresenta desorientado, confuso e muitas vezes sintomas alucinatórios agravam o desconforto do paciente. O uso de Haloperidol 5mg injetável pode ser necessário caso o paciente se encontre muito agitado.

As fenotiazinas não são recomendadas devido ao risco potencial de convulsões e por serem menos efetivas que os benzodiazepínicos no controle dos demais sintomas.

Uso de **Clonidina** embora indicado em caso de hipertensão deve ser utilizado com atenção pois pode mascarar alterações de ritmo cardíaco. Já foi relatado que pode estar associado com o delírio.

Delirium Tremens (DT)

***Delirium tremens* é a forma mais severa de SAA, é uma emergência médica.**
Apresenta:

- **Confusão mental e desorientação;**
- **Agitação extrema às vezes requerendo contenção (Vide Protocolo Clínico de Contenção);**
- **Tremores grosseiros, instabilidade autossômica (flutuações de pulso, PA), distúrbios hidreletrolíticos e hipertermia, ideação paranóide, distraibilidade,**

É um evento infrequente com risco de óbito (1%) que indica internação em unidade clínica. A frequência de DT aumenta com a repetição de episódios de SAA. Em alguns casos necessita até de cuidados intensivos.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de DT incluem:

- História de beber sustentado;
- História de DT anterior;
- Idade superior a 30 anos;
- A presença de uma doença concomitante;
- Retirada significativa de álcool na presença de um nível elevado de alcoolemia;
- Um período mais longo desde a última dose (ou seja, os pacientes que se apresentam com a retirada de álcool após mais de dois dias desde sua última dose são mais propensos a experimentar DT do que aqueles que se apresentam dentro de dois dias).

Exige diagnóstico diferencial com as seguintes condições: hematoma subdural, TCE, encefalopatia de Wernicke, encefalopatia hepática, hipóxia, sepse, distúrbios metabólicos, intoxicação associadas a outras drogas.

A duração média de DT é de 2-3 dias , porém, pode se prolongar por semanas. Desordens psicóticas graves podem mimetizar o quadro.

Por fim , é necessária atenção especial ao momento social em que vivemos onde a possibilidadade de dependência cruzada com outras drogas , particularmente com o crack, vem se tornando cada vez mais frequente e exige cuidados adicionais.

Quadros psiquiátricos podem frequentemente associar-se, entretanto, é necessário a recuperação completa da SAA a fim de abordar a patologia psiquiátrica. Portanto, preconiza-se o encaminhamento para atendimento ambulatorial que reavalie o paciente após 2 semanas. (NSW Guidelines- Drug and alcohol withdrawal clinical guidelines- 2008).

BENEFÍCIOS POTENCIAIS

Com a aplicação do protocolo, espera-se previnir eventos adversos da SSA como óbito, agitação ou agressividade, síndrome de Wernicke.

RISCOS POTENCIAIS

Doses excessivas de diazepínicos podem levar a dependência, doses altas e desnecessárias de tiamina podem levar a custo desnecessário e toxidade.

ITENS DE CONTROLE

1. Percentual de pacientes com aplicação da escala CIWA-Ar:

$$\frac{\text{Número total de pacientes com SAA com aplicação da escala CIWA} - \text{Ar conforme o protocolo}}{\text{Número total de pacientes com SAA}} \times 100$$

2. Percentual de pacientes com SAA que usaram tiamina:

$$\frac{\text{Número de pacientes com SAA que usaram tiamina}}{\text{Número de pacientes com SAA atendidos}} \times \mathbf{100}$$

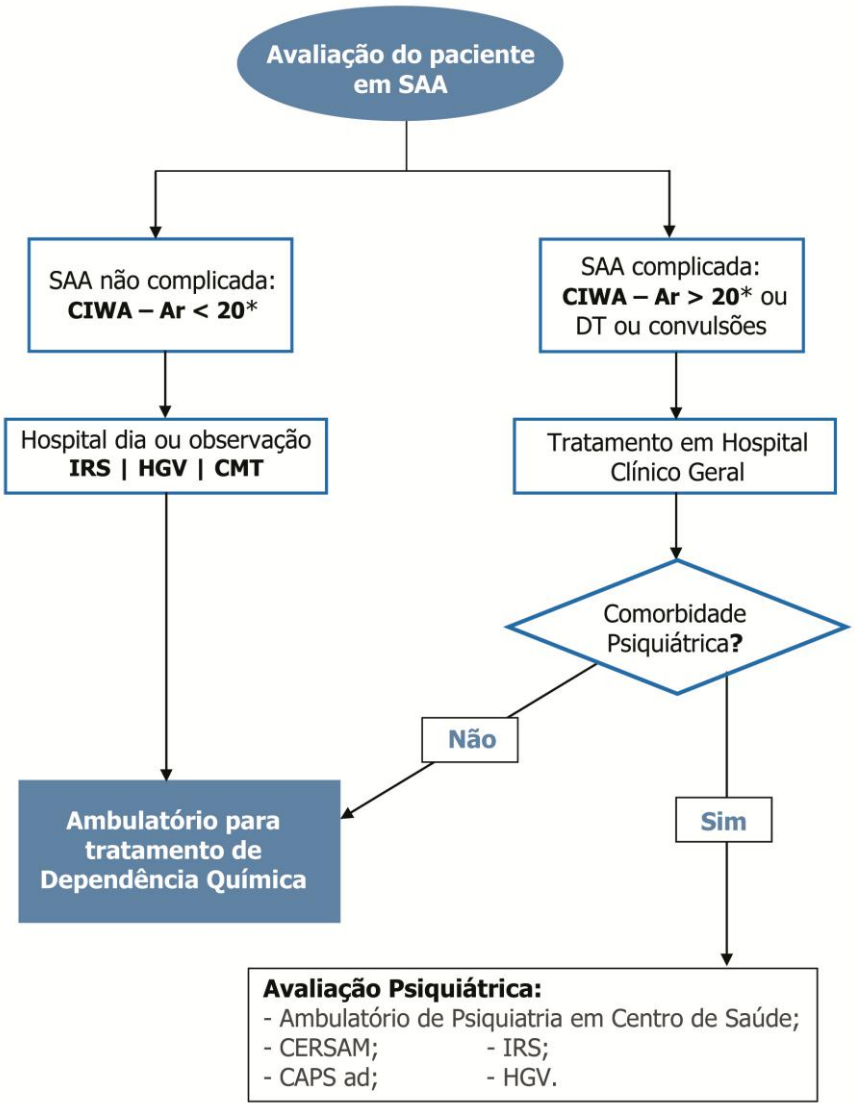
REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.
2. MINAS GERAIS. Linha Guia da Hipertensão Arterial, Belo Horizonte, Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p. Disponível em www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guias/LinhaGuia.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58p. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em www.saude.gov.br/bvs.
4. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Hipertensão Arterial e Diabetes para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Cadernos de Atenção Básica; 7) (Série A-Normas e Manuais Técnicos) www.saude.gov.br/bvs.
5. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica-Prevenção Clínica de Doença cardiovascular cerebrovascular e Doença Renal Crônica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56p. (Caderno de Atenção Básica; 14) (Série A-Normas e Manuais Técnicos). Disponível em www.saude.gov.br/bvs.
6. Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, 2000. Disponível em www.campinas.sp.gov.br/saude/.../protocolos/.
7. protocolo_hipertensao/protocolo_hipertensao.ht...-9k. http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html.
8. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil- IBGE. http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/9/servicos.html.

9. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de MedicinaCEBRID.
10. Castro, L. A.; Baltieri, D. A.Intervenções farmacológicas no tratamento da dependência do álcool.SNC em foco.8132006.
11. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques AC, Ratto L, Romano M, Alves HN, SoaresMB, Abelardino V, Kessler F, Brasiliano S, Nicastri S, Hochgraf PB, GigliottiAde P, Lemos T; Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs.[Guidelines of the Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs(ABEAD) for diagnoses and treatment of psychiatric comorbidity with alcohol and other drugs dependence]. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Jun;28(2):142-8. Epub2006 Jun 26. Portuguese.
12. Hoes M. J. A. J. M. B-vitamins and magnesium in delirium tremens and alcoholism."In: Clin Psychiatry, 40(11): 476-9 3-2, Nov. 1979.
13. Holbrook Am, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysisof benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. CMAJ 1999; 160: 649-55.
14. Koste TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. p. 252. Abordagem do Paciente em Síndrome de Abstinência Alcóolica: Diagnóstico, avaliação e tratamento.Engl J Med 2003; 348: 1786-95.
15. Rey E, Treluyer JM, Pons G. Pharmacokinetic optimization of benzodiazepine therapy for acute seizures: focus on delivery routes. Clin Pharmacokinet. 1999; 36: 409-24.
16. Sullivan JT, Swift RM, Lewis DC- Brown University Department of Medicine, Roger Willians General Hospital, Providence Rhode Island: Benzodiazepines requirements during alcohol withdrawal sybdrome: clinical implications of using a stardadied withhdrawal scale. J Cli Psychopharmacol, 1991: 11(5): 291.
17. NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines Mental Health and Drug & Alcohol Office, NSW Department of Health, 2008.
18. Marques ACPR, Ribeiro M.Grupo Assessor: Laranjeira R. - coordenador. Alves, Araújo MR, Baltieri DA, Bernardo WM, Castro LAGP, Karniol IG, Kerr-Corrêa F, Nicastri S, Nobre MRC, Oliveira RA,Romano M, Seibel SD, Silva CJ.Abuso e Dependência do Álcool-Projeto Diretrizes- Associação Brasileira de Psiquiatria, 21 de agosto de 2002.
19. Day E., Bentham P, Callaghan R, et al. Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse.Cochrane Database of Systematic Reviews 2004.
20. Cowan et al. Ethanol intoxication in adults. Up to date, última revisão em 8 de maio de 2018, acesso em 7 de maio de 2019.
21. Yuen T So et al. Wernick encephalopathy . Up to date, última revisão em abril de 2019, acesso em 7 de maio de 2019.
22. Ostrovsky et al. Acohol withdraw syndrome. Dynamed, última revisão em 18 de outubro de 2018, acesso em 7 de maio de 2019.
23. Royal College of Physicians (RCOP) guideline on assessment and management of alcohol dependence and withdrawal in acute hospital can be found in Clin Med 2012 Jun;12(3):266

APÊNDICE I

Fluxograma para o Atendimento da Síndrome de Abstinência ao Álcool



*Projeto Diretrizes - Associação Brasileira de Psiquiatria - Uso e Dependência do Álcool
www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/002.pdf

ANEXO I

CAGE - CUT DOWN, ANNOYED BY CRITICISM, GUILTY AND EYE OPENER

O consumo de álcool é considerado de risco a partir de duas respostas afirmativas	0 - Não	1 - Sim
1. Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0	1
2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0	1
3. O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?	0	1
4. O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0	1

ANEXO II

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA – Ar)

Nome:	Data:
Pulso ou FC:	Hora:

1- Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado? ☐

0	Não
1	Náusea leve e sem vômito
4	Náusea recorrente com ânsia de vômito
7	Náusea constante, ânsia de vômito e vômito

2- Tremor com os braços estendidos e os dedos separados: ☐

0	Não
1	Não visível, mas sente
4	Moderado, com os braços estendidos
7	Severo, mesmo com os braços estendidos

3- Sudorese: ☐

0	Não
4	Facial
7	Profusa

4- Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações? Código da questão 8 ☐

5-Você tem ouvido sons a sua volta? Algo pertubador, sem detectar nada por perto? Código da questão 8 ☐

6-As luzes tem parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes? ☐

0	Não	4	Alucinações moderadas
1	Muito leve	5	Alucinações graves
2	Leve	6	Extremamente graves
3	Moderado	7	Contínua

7- Você se sente nervoso(a)? (observação) ☐

0	Não
1	Muito leve
4	Leve
7	Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?

8- Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento? ☐

0	Não	4	Moderado / grave
1	Muito leve	5	Grave
2	Leve	6	Muito grave
3	Moderado	7	Extremamente grave

9- Agitação: (observação) ☐

0	Normal
1	Um pouco mais que a atividade normal
4	Moderadamente
7	Constante

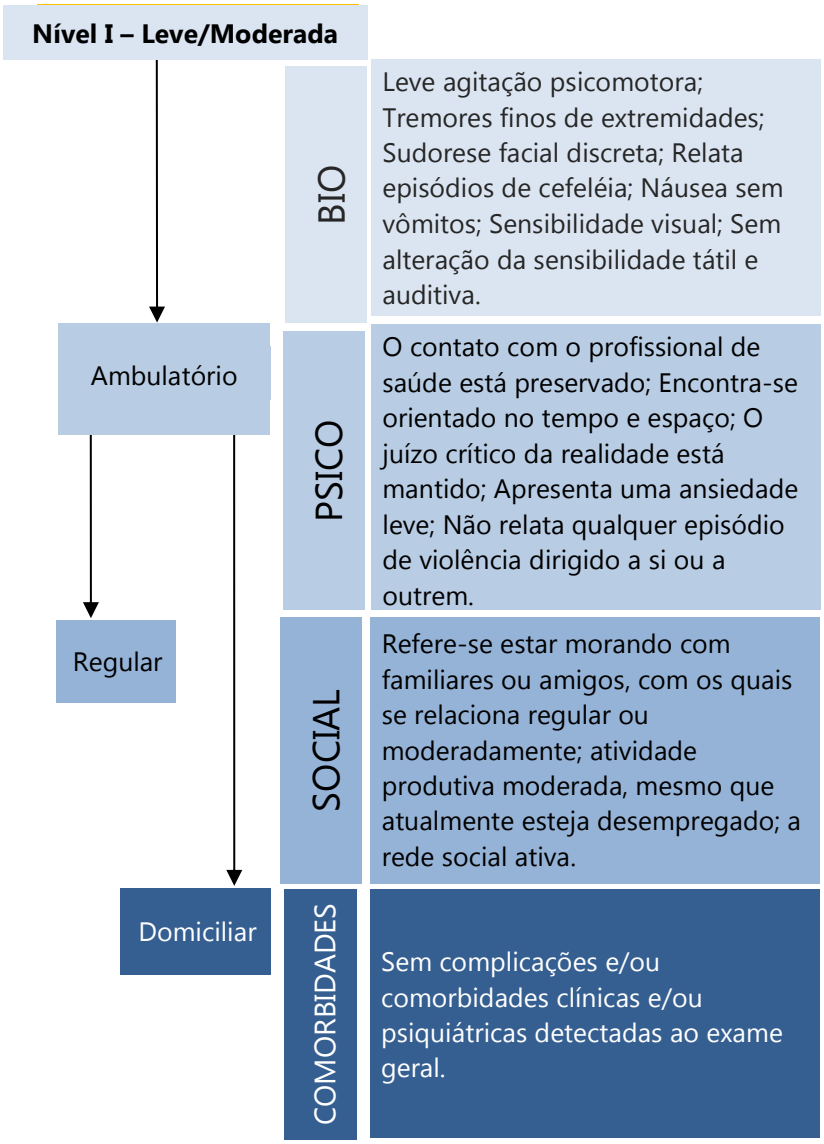
10- Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação) ☐

0	Orientado
1	Incerto sobre a data, não responde seguramente
2	Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias
3	Desorientado com a data, com mais de 2 dias
4	Desorientado com o lugar e pessoa

Escore ☐

ANEXO III

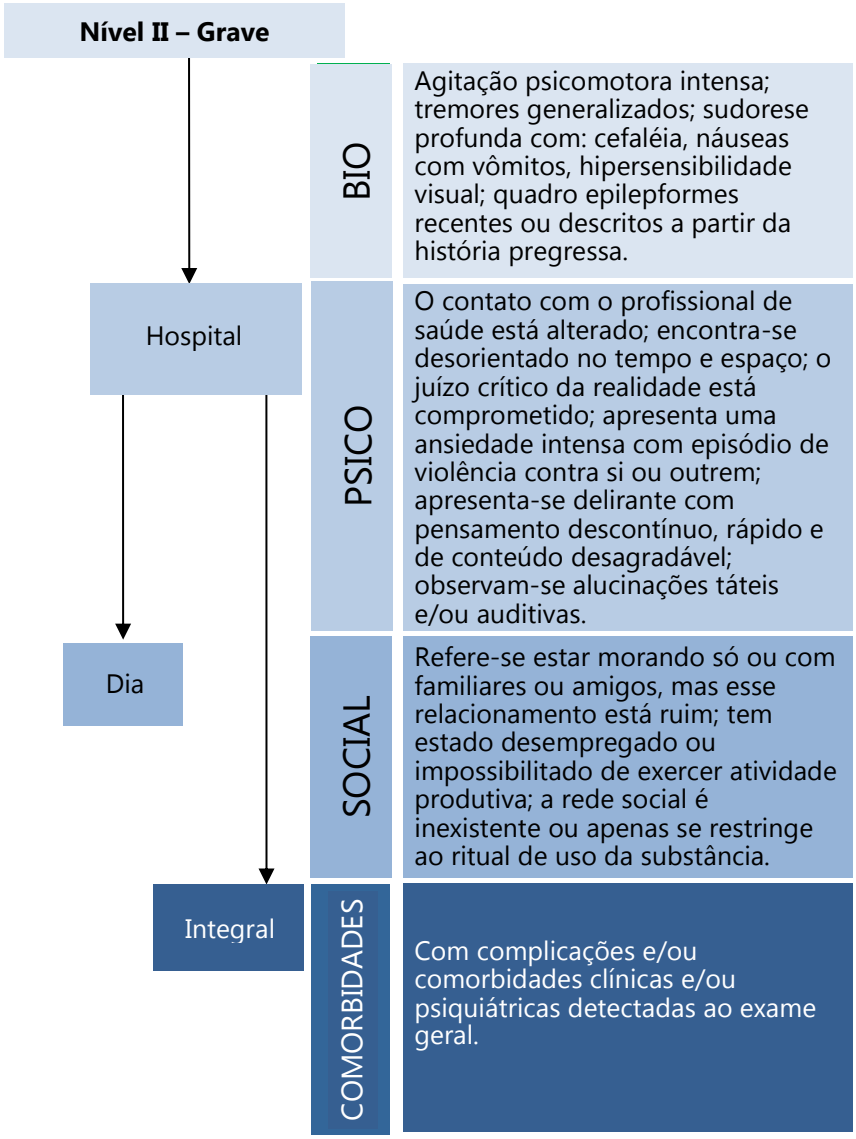
Conjunto de Sintomas e Sinais da SAA nível I



Fonte: Projeto Diretrizes-ABP-Abuso e dependência de álcool

ANEXO IV

Conjunto de Sintomas e Sinais da SAA nível II



Fonte: Projeto Diretrizes-ABP-Abuso e dependência de álcool

CONFLITO DE INTERESSES DOS AUTORES

Não há.