

Abordagem do Paciente em Síndrome de Abstinência Alcólica: Diagnóstico, avaliação e tratamento.

016

ESTABELECIDO EM
23/11/2007

ÚLTIMA REVISÃO EM
31/08/2009

**NOME DO TEMA **

Abordagem do Paciente em Síndrome de Abstinência Alcólica :
Diagnóstico, avaliação e tratamento.

**RESPONSÁVEIS – UNIDADE **

Dr. Hugo Alejandro C. Prais (HGV)

Dr. Ednei Otávio Chagas E. Gomes (CMT)

Dr. Helian Nunes de Oliveira (HE-IRS)

**COLABORADORES **

Dr. Hélio Lauer de Barros (IRS)

Dra. Maria Vilma S. de Faria (CMT)

Dra. Zilda Maria Nuñez Campos (CHPB)

Dra. Débora Corrêa Teixeira (HJXXIII)

INTRODUÇÃO / RACIONAL

Dados do Ministério da Saúde mostraram o alcoolismo no triênio 1995-96-97 ocupando o quarto lugar no grupo das doenças mais incapacitantes, contribuindo com custos elevados para o SUS.

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

Segundo Laranjeira *et al.* (2000), vários fatores influenciam o aparecimento e a evolução da SAA.

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

O manejo da SAA é o primeiro passo no tratamento da dependência do álcool e representa um momento privilegiado para motivar o paciente a permanecer em seguimento.

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, em 2000, (ABP) organizou o Consenso Brasileiro sobre a Síndrome de Abstinência Alcoólica (CBSAA). É baseado nesse consenso e em evidências científicas relevantes sobre o assunto que organizamos o presente protocolo.

OBJETIVO

Orientar o profissional de saúde no diagnóstico, avaliação e tratamento da SAA e também das complicações clínicas e psiquiátricas associadas, contextualizando-o às necessidades da clientela dos hospitais da rede FHEMIG.

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

Médico e equipe de enfermagem;
Psicólogo;
Assistente Social;
Leitos de observação;
Equipamento e material para soroterapia;
Psicofármacos, tiamina e outros sintomáticos conforme descritos no protocolo.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

As três etapas básicas para a abordagem do paciente na SAA são:

1. Diagnóstico da SAA e suas complicações clínicas e psiquiátricas;
2. Avaliação do paciente e encaminhamentos;
3. Tratamento da SAA e das complicações clínicas e psiquiátricas.

DIAGNÓSTICO

1. Suspeitar da SAA em diversas situações clínicas e especialidades *

Critérios diagnósticos para síndrome de abstinência do álcool (SAA) ~ OMS	
Estado de abstinência	
A. Deve haver evidência clara de interrupção ou redução do uso de álcool, após uso repetido, usualmente prolongado e/ou em altas doses.	
B. 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)	cefaleia;
(7)	insônia;
(8)	mal-estar ou fraqueza;
(9)	alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias;
(10)	convulsões tipo grande mal.
Se o delirium está presente, o diagnóstico deve ser estado de abstinência alcoólica com delirium (delirium tremens) sem e com convulsões.	

Fonte: Projeto Diretrizes, AMB/CFM, Volume II, pag 43, 2002.

2. Lembrar das diversas co-morbidades e doenças crônicas causadas pelo álcool;
3. Avaliar a interrelação entre elas;
4. Avaliar a superposição de eventos de libação alcoólica, doenças agudas, agutização de doenças crônicas, síndrome de abstinência e diagnósticos diferenciais:
 - Ambulatórios de atendimento primário – quadros ansiedade, insônia, hiperventilação, sudorese, tremor, taquicardia, hipertensão arterial, náuseas, refluxo gastro-esofágico, diarreias;
 - Enfermarias – pacientes em observação por doenças várias – pneumonias, pancreatite aguda, pós-cirúrgicos;
 - Emergências Médicas:
 - *Clínica Médica: Crise hipertensiva, taquiarritmias – fibrilação atrial paroxística, vômitos, dor abdominal e cefaleia;
 - Neurologia:
 - Convulsões – após período de libação, crise isolada, sem complicações;
 - Convulsões durante evolução da síndrome de abstinência, complicada com disautonomia, distúrbios hidroeletrólíticos, hipertensão grave, rabdomiólise – AVC's, tremores, TCE's;
 - Psiquiatria
 - Ansiedade, crises de pânico, alucinose, alucinações, paranoia, delírios e agitação psicomotora;
 - Ortopedia
 - Fraturas por quedas durante intoxicação aguda, com evolução subsequente

para SAA;

“quedas” por convulsão, já durante síndrome de abstinência alcoólica em desenvolvimento;

- Cirurgia buco-maxilo-facial

Fraturas de face

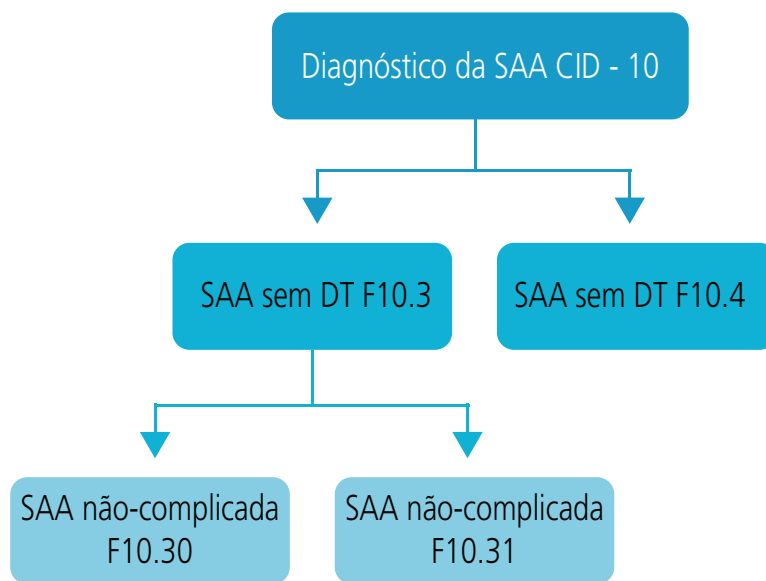
- Cirurgia Geral

Quedas, contusões, lesões cortantes, “queda-da-própria-altura” (convulsões são causa frequente);

- Toxicologia

CLASSIFICAÇÃO DA SALA

CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A ESCALA DO CIWAR (ANEXO1) 5

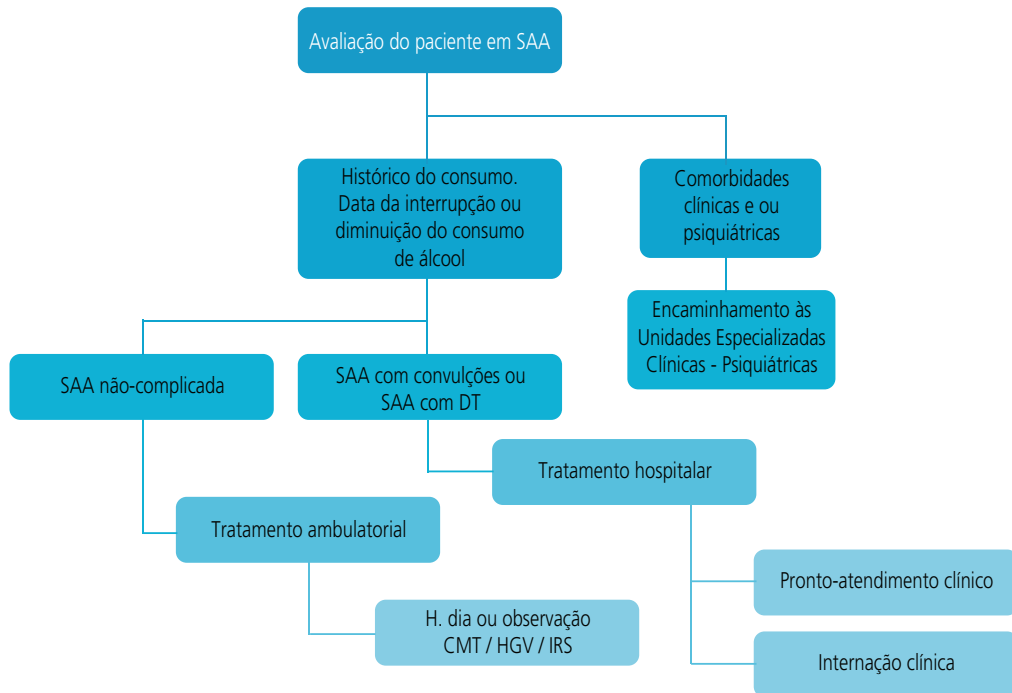


O CIWA considera as categorias de valores considera para cada um. A nota máxima é 67 pontos.

- SAA leve abaixo de 8
- SAA moderada de 8 a 15
- SAA grave maior que 15

Valores mais altos são preditivos de convulsões e delírios.

AVALIAÇÃO DA SAA



TRATAMENTO

BASES FISIOPATOLÓGICAS DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

Fonte: Projeto Diretrizes, AMB/CFN, V. II p. 44, 2002.



OBJETIVOS DO TRATAMENTO: //

1. **Aliviar** os sintomas existentes;
2. **Prevenir** o agravamento do quadro com convulsões e delirium;
3. Vincular o paciente ao **tratamento da dependência** propriamente dito;
4. Prevenir a ocorrência de síndromes **mais graves no futuro**.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO:

- Atitude receptiva, sem julgamento moral, acolhedora;
- Tranquilização do paciente, evitar gestos ameaçadores; oferecer local de segurança – cadeira, maca com proteção lateral, maca com cabeceira elevada ou mesmo o chão, para evitar quedas;
- Manutenção de ambiente iluminado, evitar ruídos;
- Manutenção de hidratação adequada e correção de distúrbios hidroeletrólíticos;
- História da dependência, tratamentos anteriores, crises de abstinência anteriores e a gravidade destas;
- Suporte do serviço social e psicologia;
- Aplicação do questionário CIWA-Ar (recomendação A);
- Quadros clínicos leves a moderados podem ser tratados ambulatorialmente (recomendação A).

Tratamento Farmacológico			
Medicamentos	Administração	Finalidade	Observação
Soro fisiológico 0,9% 500ml Associar a cada frasco de soro fisiológico: – 40 mL de soro glicosa – do 50% – 10 mL de Cloreto de Potássio 10%	EV em casos de vômitos ou desidratação.	Hidratação, Reposição de Glicose e Eletrolíticos.	Não usar na SAA leve. Avaliar risco de hipervolemia em cardiopatas. Medir glicemia capilar (idosos, história de <i>Diabetes mellitus</i> , pancreatite). Não administrar glicose sem uso concomitante de tiamina.
Sulfato de magnésio	8 a 48 mEq/dia, em infusões de 2 a 4 ml de sulfato de magnésio a 50% – ampolas de 10 ml.	Corrigir a hipomagnesemia dosada ou presumida nos casos de vômitos, diarreia e desidratação, com tremores, com ou sem convulsão.	Contraindicações: hipermagnesemia e insuficiência renal.
Tiamina – vitamina B1(ampolas de 100 mg). Comprimidos de 100 mg.	1 a 2 ampolas IM ao iniciar a injeção de glicose. **	Funciona como uma isoenzima que promove o aproveitamento da glicose pelas células.	Manter as injeções por 2 a 3 dias, dependendo da gravidade do caso. Em caso de bom funcionamento do trato gastrointestinal, as doses subsequentes podem ser por VO.

Benzodiazepínicos (recomendação A)	<p>Uso oral – Diazepam: 10mg, 2 a 3 vezes ao dia. Clordiazepóxido: 50 mg até de 6/6 h. Lorazepan: 2mg, 2 a 3 vezes ao dia em caso de hepatopatia grave. Uso parenteral – Clordiazepóxido: 100 mg IM (dose inicial) ou Diazepam: 10 a 20 mg EV Em casos graves sob observação estrita.</p>	Trata a ansiedade, os sintomas autonômicos e as crises convulsivas.	Diazepam e clordiazepóxido – ação longa. Lorazepan – ação curta. O tempo de prescrição deverá ser estabelecido caso a caso, na menor duração possível pelo risco de dependência química. Uso endovenoso de Diazepam deve ser feito com retaguarda para tratamento de parada res- piratória.
Carbamazepina	200 mg VO 2 a 4 vezes ao dia.	Tratamento e prevenção de crises convulsivas. Auxílio no controle da SAA e retirada do benzodiazepínico oral. Redução na compulsão à ingestão de álcool.	
Metoclopramida (10 mg)	01 ampola IM ou EV diluída em 10 mL de de água destilada.	Para náuseas e vômitos.	
Ranitidina comprimidos de 150 mg ampolas (50 mg)	01 a 02 comprimidos via oral ou 1 ampola EV diluída em 10 mL de água destilada.	Para a irritação Gastrintestinal.	
Haloperidol	1 a 2 mg VO ou IM	Para alucinações e delírios.	Usar doses baixas devido a efeitos extrapiramidais em pacientes debilitados.
Propranolol	20 a 40 mg VO Metoprolol e atenolol podem ser usados.	Para taquicardia importante, tremores e hipertensão arterial.	O medicamento Bloqueador está contraindicado para pacientes asmáticos e enfisematosos.

Captopril 25 mg	VO de acordo com o ajuste feito pelo médico.	Em caso de hipertensão arterial sistêmica agravada pela SAA.	
Nifedipina	VO de acordo com o ajuste feito pelo médico.	Tratamento da hipertensão arterial sistêmica.	Não usar sublingual pelo risco de hipotensão arterial grave.
Clonidina	0,100 a 0,150 mg 3 a 4 vezes ao dia VO.	Hipertensão arterial de difícil controle.	Monitoramento clínico.

** A dose de tiamina na SAA não está definida na literatura médica por evidência conclusiva.-
100 mg/dia IM inicial (máximo 200 mg/dia)³ (Cochrane Database of Systematic Reviews 2004)

Manter esse esquema por até 2 ou 3 dias com ajuste das doses dos medicamentos prescritos.

ESTRATÉGIAS PARA USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA SAA (modificado da ref. 5)

1. Esquema de doses fixas (ex: 50 a 100 mg de clordiazepóxido de 6/6 horas), com diminuição das doses de 4 a 7 dias;
2. Esquema com dose de ataque moderada a alta com benzodiazepínico de ação longa (ex: 20 mg de diazepam) para sedação, havendo queda do nível sérico através do metabolismo;
3. Esquema baseado na gravidade dos sintomas: para pacientes com escore da escala CIWA-Ar maior ou igual a 8, iniciar com 5 mg de diazepam. Reavaliar escore após 1 hora, e depois de 8/8 horas. A dose de diazepam (5 ou 10 mg de 8/8 horas) é ajustada de acordo com a gravidade dos sintomas.

Outras recomendações:

ABORDAGEM FARMACOLÓGICA:

- Benzodiazepínicos:
Prescrição baseada em sintomas. Avaliar de 1/1 hora (aplicar escala CIWA-Ar).
 - Pontuação:
Maior que 8 ou 10:
 - Diazepam: 10 a 20 mg VO de 1/1 hora ou parenteral se necessário
 - Clordiazepóxido 50 – 100 mg VO de 1/1 hora.
- 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 uso do álcool;
 - Agravamento dos transtornos ansiosos durante o acompanhamento ambulatorial.

ITENS DE CONTROLE

1. Percentual de pacientes com SAA em que foi aplicada a escala CIWA (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol) para acompanhamento da res-

- posta ao tratamento (ANEXO I);
2. Número de pacientes tratados, indicados para internação hospitalar/ Número de pacientes atendidos no ambulatório;
 3. Número de pacientes reinternados.

SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
 BDZ – Benzodiazepínicos
 CIWA – ar – Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol
 CBSAA – Consenso Brasileiro sobre a Síndrome de Abstinência Alcoólica
 DT – Delirium Tremens
 SAA – Síndrome de Abstinência Alcoólica
 SDA – Síndrome de Dependência Alcoólica
 SNC – Sistema Nervoso Central

REFERÊNCIAS GRAU DE RECOMENDAÇÃO / NÍVEL DE EVIDÊNCIA

1. Laranjeira, R. <i>et al.</i> Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. Rev. Bras. Psiquiatr. v.22 n.2 São Paulo Jun. 2000	D
2. Trzepacz, Paula. Tratamento de pacientes com delirium. In: American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 33-56.	D
3. Day E., Bentham P, Callaghan R, <i>et al.</i> Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004.	B

ANEXO I

ESCALA CIWA-AR

CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT FOR ALCOHOL, REVISED (CIWA-AR)

Escala pode ser consultada em www.projetodiretrizes.org.br – volume 2, p. 12.

ANEXO II

TEXTO SUBSIDIÁRIO

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde, o alcoolismo ocupou, no triênio 1995-96-97, o quarto lugar no grupo das doenças mais incapacitantes, considerando a prevalência global, tendo o custo total de gastos relativos a internações decorrentes do abuso e dependência do álcool e outras drogas ultrapassado R\$ 310 milhões (Seibel, 2001).

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) constitui uma complicação do alcoolismo, sendo seu aparecimento – ainda que de maneira discreta e sutil – a confirmação da Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA) (Bertolote, 1997). A SAA é considerada, muitas vezes, como o principal indicador da existência da dependência, pois para que esta se desenvolva, é necessário, na maioria dos casos, que o indivíduo consuma cronicamente o álcool, geralmente em grandes quantidades, e tenha diminuído ou cessado a ingestão abruptamente (Scivoletto & Andrade, 1997).

Para Laranjeira *et al.* (2000), uma série de fatores influenciam o aparecimento e a evolução da SAA, entre eles: a vulnerabilidade genética, o gênero, o padrão de consumo de álcool, as características individuais biológicas e psicológicas e os fatores socioculturais. Os sintomas e sinais variam também quanto à intensidade e à gravidade, podendo aparecer após uma redução parcial ou total da dose usualmente utilizada, voluntária ou não, como, por exemplo, em indivíduos que são hospitalizados para tratamento clínico ou cirúrgico. Os sinais e sintomas mais comuns da SAA são: agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros. Ocorrem complicações como: alucinações, o *Delirium Tremens* (DT) e convulsões.

Os sintomas psicopatológicos presentes na SAA, geralmente acompanhados de sinais e sintomas neurológicos agudos, possuem algumas características que, de início, já os diferenciam dos quadros psicopatológicos mais crônicos: seu início súbito, a rápida evolução e modificação dos sintomas psíquicos e a resposta favorável e rápida ao tratamento farmacológico (Scivoletto & Andrade, 1997). Além disso, segundo Laranjeira *et al.* (2000), o manejo da SAA é o primeiro passo no tratamento da dependência do álcool e representa um momento privilegiado para motivar o paciente seguir em 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, em 2000, (ABP) organizou o Consenso Brasileiro sobre a Síndrome de Abstinência Alcoólica (CBSAA). É baseado nesse consenso que organizamos o presente protocolo.

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL RECOMENDADA //

1. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques AC, Ratto L, Romano M, Alves HN, Soares MB, Abelardino V, Kessler F, Brasiliano S, Nicastrì S, Hochgraf PB, Gigliotti Ade 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. Epub 2006 Jun 26. Portuguese.
2. Laranjeira R, Duailibi SM, Pinsky I. [Alcohol and violence: psychiatry and public health] *Rev Bras Psiquiatr.* 2005 Sep;27(3):176-7. Epub 2005 Oct 4. Portuguese.
3. Laranjeira R, Romano M. [Brazilian consensus on public policies on alcohol] *Rev Bras Psiquiatr.* 2004 May;26 Suppl 1:S68-77. Epub 2005 Jan Portuguese.
4. Pinsky I, Laranjeira R. Alcohol in Brazil: recent public health aspects. *Addiction.* 2004 Apr;99(4):524. No abstract available. Erratum in: *Addiction.* 2005 Feb;100(2):264.
5. BAYARD, MAX; MCINTYRE, JONAH; HILL, KEITH R. AND WOODSIDE JR, JACK. Alcohol Withdrawal Syndrome. *Journal of the American of Family Physicians,* 2004; 69:1443-50 <http://www.aafp.org/afp/20040315/1443.html>.
6. BJORKQVIST SE, ISOHANNI M, MAKELA R, MALINEN L. Ambulant treatment of alcohol withdrawal symptoms with carbamazepine: a formal multicentre double-blind comparison with placebo. *Acta Psychiatr Scand* 1976;53:333-42.
7. 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.
8. HOLBROOK AM, CROWTHER R, LOTTER A, CHENG C, KING D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999;160:649-55.
9. KOSTEN TR, O'CONNOR PG. Management of drug and alcohol withdrawal. N

Engl J Med 2003;348:1786-95.

10. REY E, TRELUYER JM, PONS G. Pharmacokinetic optimization of benzodiazepine therapy for acute seizures: focus on delivery routes. Clin Pharmacokinet 1999;36:409-24.