

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	2
CLASSIFICAÇÃO .....	3
FISIOPATOLOGIA .....	3
DIAGNÓTICO (DSM – 5).....	3
DIAGNÓTICO DIFERENCIAL .....	4
EXAMES .....	5
TRATAMENTO AMBULATORIAL .....	5
TRATAMENTO HOSPITALAR.....	6
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO.....	8
MONITORAMENTO .....	8
REFERÊNCIAS.....	8
SIGLAS .....	9
ANEXOS .....	10
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	11

### INTRODUÇÃO

A síndrome de abstinência alcoólica (SAA) compreende um conjunto de sinais e sintomas que ocorre quando uma pessoa com transtorno do uso do álcool (TUA) interrompe ou reduz substancialmente sua ingestão.

A estatística americana aponta a prevalência de TUA em 14% da comunidade e até 32% em pacientes internados. O trauma (acidentes, violência) e uma gama de doenças relacionadas ao abuso do álcool que motivam internação hospitalar explicam essa prevalência, mas muitos pacientes internados por outros motivos podem apresentar SAA que, independentemente de sua gravidade, poderá impactar na evolução e permanência hospitalar.

O primeiro estudo probabilístico de abrangência nacional coordenado pela Unidade de Estudos em Álcool e Drogas (UNIAD), da Unifesp, revelou que 52% dos brasileiros adultos consumiam bebidas alcoólicas, sendo metade ocasionalmente e a outra metade pelo menos uma vez por semana. Esse padrão variou segundo gênero, classe social e região do País. Jovens de 18 a 24 anos consumiam mais que os idosos, e homens mais que mulheres. Os bebedores que abusavam (homens que bebiam > 5 doses na mesma ocasião, mulheres > 4 doses) representavam 28% e 40%.

### OBJETIVOS

- Orientar na identificação de pacientes com risco de abstinência alcoólica.
- Definir o tratamento em âmbito ambulatorial ou hospitalar, de acordo com a gravidade.

### CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Paciente com risco de desenvolver SAA ou com quadro clínico de SAA.

### ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

<b>Médico</b>	– Diagnosticar, avaliar comorbidades e possíveis quadros agudos correlatos, solicitar exames pertinentes e orientar seguimento. – Aplicar, quando necessário, os questionários PAWSS ( <i>Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale</i> ) e CIWA-Ar ( <i>Clinical Institutes Withdrawal Assessment Alcohol Revised</i> ) – ver anexos.
<b>Enfermeiro</b>	– Avaliar a melhor alocação, a indicação de contenção mecânica; providenciar acesso venoso para administração das medicações.
<b>Gerente de Unidade</b>	– Previsão, controle e manutenção de materiais de consumo e bens permanentes; garantir o gerenciamento dos protocolos e aplicação de medidas cabíveis diante das não conformidades.
<b>Diretoria</b>	– Garantir infraestrutura adequada para o atendimento dos pacientes; providenciar a aquisição de suprimentos; garantir a provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados.

### CLASSIFICAÇÃO

Os pacientes diagnosticados com SAA podem ser classificados objetivamente conforme a escala CIWA-Ar (ver anexos), que avalia a intensidade de sinais e sintomas. Esse teste é simples, rápido, e pode ser aplicado à beira leito. De acordo com a pontuação aferida, até 9 pontos a síndrome é considerada leve, de 10 a 19 pontos seria moderada e maior que 20 pontos grave. As convulsões e o *delirium tremens* são manifestações de maior gravidade.

### FISIOPATOLOGIA

O álcool é um depressor do sistema nervoso central (SNC) que influi na ação inibitória do neurotransmissor ácido gama aminobutírico (GABA). Normalmente, o neurotransmissor excitatório (glutamato) e o inibitório (GABA) estão em equilíbrio homeostático. Com o uso do álcool, a ação do GABA é facilitada, o que causa a diminuição da excitabilidade do SNC. No longo prazo, o número de receptores GABA (*down regulation*) também é reduzido, o que leva à necessidade de dose maior de álcool para o alcance do mesmo estado de euforia, resultando na tolerância à substância.

Por outro lado, o álcool atua como antagonista do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), o que diminui o tônus excitatório do SNC. Por esse motivo, seu uso crônico aumenta o número desses receptores NMDA (*up regulation*) e da produção de glutamato para manter a homeostase. Com a retirada do álcool, seu efeito inibidor sobre o SNC é suprimido e o estímulo mediada pelo glutamato intensificado, resultando na hiperexcitabilidade do SNC, que causa taquicardia, hipertermia, tremores, sudorese e complicações neuropsiquiátricas como *delirium* e convulsão.

### DIAGNÓTICO (DSM – 5)

- Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool.
- Dois (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no período de algumas horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de álcool:
  - Hiperatividade autonômica (taquicardia, sudorese, hipertensão e hipertermia),
  - Agravamento do tremor,
  - Insônia,
  - Náuseas e vômitos,
  - Alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias,
  - Agitação psicomotora, ansiedade,
  - Convulsões tônico-clônicas generalizadas.

- Os sinais ou sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por abstinência de outra substância.

### Diagnóstico de *delirium* por abstinência alcóolica (*delirium tremens*)

- Diminuição da atenção e da consciência desenvolvida em curto período, variando de intensidade durante o dia, associado a distúrbio de memória, orientação, linguagem e capacidade visual-espacial ou percepção.
- Na maior parte das manifestações graves, o delirium da abstinência é acompanhado por agitação, alucinações e sinais intensos de hiperatividade autonômica, incluindo febre, taquicardia intensa, hipertensão arterial e sudorese profusa.
- Nenhuma evidência de coma ou outro transtorno neurocognitivo progressivo que possa ser responsável pelas manifestações acima na presença de história compatível com abstinência alcoólica.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial dos sinais e sintomas iniciais inclui várias condições associadas a hiperatividade autonômica ou do SNC. Diante de um paciente com história de TUA, a SAA torna-se a primeira hipótese de diagnóstico. Todavia, quando falta a história do uso do álcool, na presença de comorbidade que possa alterar as manifestações ou mesmo de outras doenças que acometem pacientes com TUA e que podem simular SAA, o diagnóstico é dificultado.

É necessário lembrar também que, muitas vezes, os pacientes entram em SAA devido outras condições associadas que levam à interrupção do consumo habitual do álcool, tais como processos infecciosos, traumatismo cranioencefálico, quadros gastrointestinais, cardiovasculares, etc.

Feitas essas considerações, os principais diagnósticos diferenciais de SAA são:

- Infecções: pneumonia, meningite, encefalite, peritonite bacteriana espontânea.
- Síndrome coronária aguda, tromboembolismo pulmonar.
- Hipertireoidismo, hipoglicemia.
- Ansiedade e crise de pânico.
- Intoxicações por drogas psicoativas: cocaína, anfetaminas, êxtase, etc.
- Abstinências de outras substâncias sedativas: sedativos, opioides etc.
- Síndrome de *Wernicke-Korsakoff*.

### EXAMES

- Hemograma,
- Eletrólitos, incluindo magnésio e fósforo,
- Glicemia,
- Creatinina,
- Função hepática,
- Amilase e lipase,
- Exame toxicológico em casos selecionados,
- Beta HCG para mulheres pré-menopausa,
- Eletrocardiograma para pacientes acima de 50 anos ou com história de problemas cardíacos,
- Imagem: tomografia de crânio e radiografia de tórax, conforme necessidade,

### TRATAMENTO AMBULATORIAL

O tratamento ambulatorial é indicado para pacientes com CIWA-Ar  $\leq 15$  e que não apresentem as seguintes contraindicações:

- História de SAA com convulsão ou delirium,
- Insuficiência cardíaca  $\geq$  classe funcional II,
- Cirrose descompensada,
- DPOC dependente de oxigenioterapia suplementar,
- Doença renal crônica estágio  $\geq$  IV,
- Epilepsia,
- TCC recente com perda de consciência ou sangramento intracraniano,
- Doença psiquiátrica instável e risco de suicídio,
- Doença febril,
- Usuários de benzodiazepínicos,
- Insuficiência psicossocial: incapacidade de avaliar sintomas, usar medicamentos, atender chamadas,
- Gravidez.

### Esquemas propostos

- CIWA-Ar 10 a 15: diazepam via oral:
  - 10 mg de 6 em 6 h (1º dia),
  - 10 mg de 8 em 8 h (2º dia),

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- 10 mg de 12 em 12 h (3º dia),
- 10 mg à noite (4º dia).

Observação: cinco doses extras que poderão ser distribuídas no decorrer do tratamento caso haja recrudescência ou piora nos sintomas.

- CIWA-Ar < 10: gabapentina via oral
  - 300 mg de 6 em 6 horas (1º dia),
  - 300 mg de 8 em 8 horas (2º dia),
  - 300 mg de 12 em 12 horas (3º dia),
  - 300 mg à noite (4º dia).

Observação: cinco doses extras que poderão ser distribuídas no decorrer do tratamento caso haja recrudescência ou piora nos sintomas.

### Sintomas e sinais monitorados

- Ansiedade e nervosismo
- Tremores
- Sudorese
- Náuseas e vômitos
- Alucinações visual, tátil e auditiva
- Cefaleia
- Desorientação
- Agitação

A piora desses sintomas que não responder a uma dose extra deve motivar atendimento presencial: hospital, Capis-ad ou unidade de pronto-atendimento.

### TRATAMENTO HOSPITALAR

O objetivo do tratamento da SAA é aliviar os sintomas, evitar evolução para a forma grave, tratar distúrbios metabólicos associados e identificar e tratar comorbidades, quando presentes. Os benzodiazepínicos são as drogas de primeira linha, usadas para controlar agitação psicomotora e prevenir a progressão do quadro.

- Os pacientes devem ser alocados em ambiente tranquilo e medidas de contenção podem ser necessárias, temporariamente, nos muito agitados ou em *delirium* por abstinência, até que a sedação química seja atingida.
- Correção do déficit de volume, manutenção da hidratação, correção de distúrbios hidroeletrólitos – principalmente de potássio, magnésio e fósforo – quando necessário.
- Benzodiazepínicos de ação prolongada (diazepam, clordiazepóxido) são os mais empregados. Os

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

de curta ação (lorazepam, oxazepam) são usados em pacientes com função hepática comprometida.

- Há necessidade de reavaliação, principalmente nos casos graves, com reavaliação em 15 minutos após administração de Diazepam EV. Após controle dos sintomas, reavaliação a cada hora. Nos casos com sintomas mais leves, com uso de diazepam oral, reavaliar a cada 4 a 6h.
- Nessas avaliações, nos casos mais graves, torna-se importante observar critérios de encaminhamento para tratamento intensivo.

### Via de Administração

Pacientes com convulsão ou *delirium tremens* devem receber medicação endovenosa, como também nos casos em que a via oral está comprometida ou quando uma resposta rápida é desejada.

### Dose

A dose ideal é aquela que propicia **sedação leve** e **despertar fácil**. São três as opções:

- Sintomas desencadeados: as doses são administradas de acordo com os sintomas, empregando-se a escala CIWA-Ar, e quando maior que 8, medica-se. O intervalo de avaliação varia conforme a resposta, alargando com a melhora.
- Doses fixas: as doses e intervalos são definidos, podendo usar uma dose adicional quando necessário.
- Dose de ataque: os pacientes com SAA grave requerem uma dose alta para controle rápido dos sintomas. São pacientes cirúrgicos ou clínicos, graves, como os coronariopatas, nos quais o estado de hiperatividade autonômica deve ser debelado o mais rapidamente possível.
- A dose ideal é a menor dose capaz de atingir o efeito de sedação leve e fácil despertar.
- Orienta-se o uso de diazepam na dose de 5 a 10 mg VO, podendo ser repetido a cada 15 min até o controle de sintomas. Como alternativas, ou na necessidade de medicação EV, seguem-se as alternativas disponíveis no HC-UFMG:

#### Quadro 1 – benzodiazepínicos disponíveis no HC-UFMG

Clonazepam; 0,5 mg; comprimido	Diazepam; 5 mg; comprimido
Clonazepam; 2 mg; comprimido	Diazepam; 10 mg; comprimido
Clonazepam; 2,5 mg/ml; solução oral	Diazepam; 5 mg/ml; solução injetável
Lorazepam; 1 mg/ml; solução oral	Maleato de midazolam; 15 mg; comprimido
Lorazepam; 2 mg; comprimido	Cloridrato de midazolam; 1 mg/ml; solução injetável
Nitrazepam; 5 mg; comprimido	Cloridrato de midazolam; 2 mg/ml; solução oral
	Cloridrato de midazolam; 5 mg/ml; solução injetável

### Outros medicamentos

**Fenobarbital:** quando houver necessidade de doses altas de benzodiazepínico ou refratariedade a eles, será preciso associar droga com efeito sinérgico, sendo a mais utilizada o fenobarbital que, muitas vezes, será administrado por via endovenosa, na dose de 100 a 260 mg.

**Haloperidol:** os casos de *delirium tremens* de difícil controle poderão receber haloperidol na dose de 5 mg intramuscular.

**Tiamina:** como os pacientes com TUA absorvem menos tiamina, deverão ser administrados 300 mg nos primeiros dias, por via parenteral, para prevenir encefalopatia de Wernicke-Korsakoff. Em caso de suspeita clínica, devido à tríade de ataxia, oftalmoplegia e confusão mental, dose de 1,5 g por dia durante 3 a 5 dias serão necessários.

### CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Melhora clínica da SAA, transferência para tratamento em outra unidade.

### MONITORAMENTO

O monitoramento será realizado Vigihosp. Problemas relacionados à assistência dos pacientes portadores de SAA deverão ser relatados por quaisquer profissionais envolvidos na assistência ao Serviço de Qualidade Hospitalar, que avaliará o ocorrido e tomará providência afim de aprimorar a qualidade dos serviços prestados.

### CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

### REFERÊNCIAS

Abstinência Alcoólica. BMJ Best Practice. Em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/549>.

Clinical Management of Alcohol Withdrawal: A systematic Review. *Ind Psychiatry J.* 2013 Jul - Dec; 22 (2): 100 - 108.

Predictions of Severe Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis

*Alcohol Clin Exp Res* Vol 38, nº 10, 2014: pp 2664-2677.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. Disponível em <https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/alcohol-withdrawal-management-guideline>.

Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2022

Amanda S Eloma, Jason M Tucciarone, Edmund M Hayes, Brian D Bronson . Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol protocol in the general hospital setting. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2018;44(4):418-425.

Robert S Hoffman, Gerald L Weinhouse, MD. Management of Moderate and Severe Alcohol Withdrawal - Up To Date. 2023. Disponível em <http://www.uptodate.com/online>.

Stephen R Holt, MD, MS, FACP, Jeanette M Tetrault, MD, FACP, FASAM. Ambulatory Management of Alcohol Withdrawal - Up To Date. 2023. Disponível em <http://www.uptodate.com/online>.

### SIGLAS

GABA	Ácido gama aminobutírico
NMDA	N-Metil-D-Aspartato (NMDA)
SAA	Síndrome de Abstinência Alcoólica
SNC	Sistema Nervoso Central
TUA	Transtorno do Uso do Álcool
UNIAD	Unidade de Estudos em Álcool e Drogas

ANEXOS

Figura 1 – Tabela CIWA-Ar:

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

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Pulso ou FC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 2 Leve	<input type="checkbox"/> 6 Extremamente graves
<input type="checkbox"/> 1 Náusea leve e sem vômito	<input type="checkbox"/> 3 Moderado	<input type="checkbox"/> 7 Contínua
<input type="checkbox"/> 4 Náusea recorrente com ânsia de vômito		
<input type="checkbox"/> 7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito		

2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:

<input type="checkbox"/> 0 Não	
<input type="checkbox"/> 1 Não visível, mas sente	
<input type="checkbox"/> 4 Moderado, com os braços estendidos	
<input type="checkbox"/> 7 Severo, mesmo com os braços estendidos	

3. Sudorese:

<input type="checkbox"/> 0 Não	
<input type="checkbox"/> 4 Facial	
<input type="checkbox"/> 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 perturbador, sem detectar nada por perto? Código da questão 8

6. As luzes têm 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?

<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 4 Alucinações moderadas
<input type="checkbox"/> 1 Muito leve	<input type="checkbox"/> 5 Alucinações graves

7. Você se sente nervoso (a)? (observação)

<input type="checkbox"/> 0 Não	
<input type="checkbox"/> 1 Muito leve	
<input type="checkbox"/> 4 Leve	
<input type="checkbox"/> 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?	

8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?

<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 4 Moderado / grave
<input type="checkbox"/> 1 Muito leve	<input type="checkbox"/> 5 Grave
<input type="checkbox"/> 2 Leve	<input type="checkbox"/> 6 Muito grave
<input type="checkbox"/> 3 Moderado	<input type="checkbox"/> 7 Extremamente grave

9. Agitação: (observação)

<input type="checkbox"/> 0 Normal	
<input type="checkbox"/> 1 Um pouco mais que a atividade normal	
<input type="checkbox"/> 4 Moderadamente	
<input type="checkbox"/> 7 Constante	

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

<input type="checkbox"/> 0 Orientado	
<input type="checkbox"/> 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente	
<input type="checkbox"/> 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias	
<input type="checkbox"/> 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias	
<input type="checkbox"/> 4 Desorientado com o lugar e pessoa	

Escore \_\_\_\_\_

Figura 2 – questionário para o escore PAWSS:

**Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS)**

*Maldonado et al, 2015*

**Part A: Threshold Criteria:** ("Y" or "N", no point)

Have you consumed any amount of alcohol (i.e., been drinking) within the last 30 days? OR did the patient have a "+” BAL on admission? \_\_\_\_\_

*IF the answer to either is YES, proceed with test:*

**Part B: Based on patient interview:** (1 point each)

1. Have you been recently intoxicated/drunk, within the last 30 days? \_\_\_\_\_
2. Have you ever undergone alcohol use disorder rehabilitation treatment or treatment for alcoholism? (i.e., in-patient or out-patient treatment programs or AA attendance) \_\_\_\_\_
3. Have you ever experienced any previous episodes of alcohol withdrawal, regardless of severity? \_\_\_\_\_
4. Have you ever experienced blackouts? \_\_\_\_\_
5. Have you ever experienced alcohol withdrawal seizures? \_\_\_\_\_
6. Have you ever experienced delirium tremens or DT's? \_\_\_\_\_
7. Have you combined alcohol with other "downers" like benzodiazepines or barbiturates, during the last 90 days? \_\_\_\_\_
8. Have you combined alcohol with any other substance of abuse, during the last 90 days? \_\_\_\_\_

**Part C: Based on clinical evidence:** (1 point each)

9. Was the patient's blood alcohol level (BAL) on presentation  $\geq 200$ ? \_\_\_\_\_
10. Is there evidence of increased autonomic activity? (e.g., HR > 120 bpm, tremor, sweating, agitation, nausea) \_\_\_\_\_

**Total Score:** \_\_\_\_\_

Notes: Maximum score = 10. This instrument is intended as a SCREENING TOOL. The greater the number of positive findings, the higher the risk for the development of AWS. A score of  $\geq 4$  suggests HIGH RISK for moderate to severe (complicated) AWS; prophylaxis and/or treatment may be indicated.

## HISTÓRICO DAS VERSÕES

### 1ª versão

- Elaborada em junho de 2023 por Paulo Roberto Roscoe Papini.
- Colocado em consulta pública em julho de 2023.
- Aprovada em agosto de 2023 por Luciana Cristina dos Santos Silva, gerente de Atenção à Saúde e diretora técnica.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*