

PSIQUIATRIA

Abstinência alcoólica: da gravidade à conduta

Avaliação, internação e tratamento farmacológico

CENBRAP EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA

A decisão começa pelo ambiente seguro

Este material apoia o manejo agudo de adultos com suspeita de síndrome de abstinência alcoólica. Não substitui protocolo institucional nem transforma escala em diagnóstico. A decisão central é: **o paciente pode permanecer com segurança no ambiente atual ou o risco de convulsão, delirium, deterioração clínica ou sedação iatrogênica exige escalonamento?**[1,3,6]

Alcoolemia positiva não exclui abstinência. Gravidade aparente, risco futuro e capacidade real de monitorar e resgatar devem ser avaliados juntos.[1]

Ficha de decisão em seis passos

1. **Estabilizar:** ABCDE, glicemia, sinais vitais, oximetria e consciência.[1,6]
2. **Rever a hipótese:** procurar trauma, infecção, distúrbio metabólico, hepatopatia, Wernicke e retirada de outros sedativos.[1,6]
3. **Separar presente e futuro:** registrar complicações atuais e fatores de risco para piora.[1]
4. **Escolher o ambiente:** ambulatório, internação ou UTI antes do regime farmacológico.[1,2,3,6]
5. **Tratar com segurança:** benzodiazepínico quando indicado, tiamina, correção de déficits e vigilância de sedação e ventilação.[1,3,6]
6. **Definir a próxima observação:** documentar intervalo, alvo clínico e critérios de escalonamento.[1]

Cada página aprofunda uma etapa. A ficha só está completa quando ambiente, tratamento, monitorização e contingência estão registrados.

Confirmar plausibilidade e estabilizar

A síndrome surge após interrupção ou redução relevante do consumo em pessoa adaptada ao álcool. Sintomas iniciais costumam aparecer em 6 a 24 horas; alucinações, em 12 a 24 horas; convulsões predominam nas primeiras 48 horas; delirium frequentemente começa em 72 a 96 horas. A cronologia orienta, mas convulsões podem ocorrer sem pródromos, e idosos ou usuários de outros sedativos podem evoluir de modo atípico.[1]

Comece por ABCDE, glicemia capilar, temperatura, pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória, oximetria e consciência. Não aguarde exames para tratar uma abstinência provável, mas identifique instabilidade e causas que alterem o nível de cuidado.[1,6]

Pergunte sobre última ingestão e redução recente; quantidade, padrão e duração do consumo; abstinências, convulsões ou delirium prévios; tratamentos e resposta; benzodiazepínicos, barbitúricos, opioides e outros psicoativos; trauma, epilepsia, gestação, risco suicida e doenças clínicas. Se a história for incompleta, procure familiares ou acompanhantes. Baixa confiabilidade reduz a segurança ambulatorial e limita escalas dependentes do relato.[1,3,6]

No exame, integre tremor e sudorese com orientação, atenção, flutuação, alucinações, agitação, marcha, movimentos oculares, sinais focais e indícios de trauma, infecção, hepatopatia, insuficiência cardiorrespiratória, sangramento, pancreatite ou aspiração. Confusão não deve ser atribuída automaticamente ao álcool.[1,6]

Não atribua delirium automaticamente ao álcool

A doença que levou à redução do álcool pode coexistir com a abstinência. Procure infecção, trauma ou doença neurológica, hipoglicemia e distúrbios eletrolíticos, pancreatite ou hepatopatia, sangramento, doença cardiovascular e encefalopatias hepática ou de Wernicke.[1,6]

Inclua intoxicação por estimulantes ou anticolinérgicos, retirada de benzodiazepínicos ou barbitúricos, intoxicação ou abstinência de opioides e efeitos medicamentosos. Evite novos diagnósticos psiquiátricos durante alteração de atenção ou flutuação mental.[1,6]

Discriminadores

Achado	Conduta
Primeira convulsão, padrão focal ou novo, febre, meningismo, trauma, déficit focal ou pós-ictal prolongado	Investigar além da abstinência.[1,6]
Delirium com asterixis ou hepatopatia descompensada	Considerar encefalopatia hepática.[1,6]
Ataxia, alteração oculomotora, confusão ou desnutrição	Suspeitar Wernicke, mesmo sem tríade completa.[1,6,19]
Hipoxemia, hipotensão, hipertermia ou dor focal importante	Tratar como doença concorrente até esclarecimento.[1,6]

Hemograma, glicose, eletrólitos, função renal e hepática são frequentemente úteis; ECG, imagem e outros testes dependem da apresentação. Trate a abstinência enquanto investiga, mas não responda a confusão, febre, hipoxemia, instabilidade ou déficit focal apenas com mais sedativo.[1,6]

Gravidade atual e risco futuro são dimensões diferentes

A intensidade observada agora não resume o risco de complicação.

Maior gravidade atual: convulsão, delirium, desorientação, atenção flutuante, alucinações novas, agitação intensa, hiperatividade autonômica marcada, hipertermia, vômitos persistentes, desidratação, alteração eletrolítica importante, instabilidade hemodinâmica, hipoxemia, sedação excessiva ou necessidade crescente de sedativos. Esses achados prevalecem sobre uma pontuação aparentemente baixa.[1,3,6]

Maior risco futuro: história de delirium ou convulsão de abstinência, múltiplos episódios, convulsão na apresentação, doença médica ou cirúrgica aguda, trauma craniano, idade acima de 65 anos, consumo pesado e prolongado, hiperatividade autonômica marcada, dependência de benzodiazepínicos ou barbitúricos, sintomas com alcoolemia positiva e combinação de fatores.[1,10]

PAWSS no contexto correto

A Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale pode prever abstinência complicada em pacientes clínico-cirúrgicos hospitalizados antes de a síndrome se tornar grave. Na validação prospectiva com 403 internados, o ponto de corte de 4 ou mais teve sensibilidade de 93,1% e especificidade de 99,5%.[8,9]

Não extrapole automaticamente esse resultado para outros cenários nem substitua o exame. Registre na ficha: complicações presentes, fatores prévios e capacidade do ambiente. Poucos sintomas agora não tornam seguro um paciente com história complicada, doença aguda ou suporte insuficiente.[8,9]

CIWA-Ar: acompanhamento, não piloto automático

A Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised, pode organizar o acompanhamento quando a abstinência já é clinicamente plausível, o paciente está acordado e comunicativo, a equipe é treinada, há reavaliação factível e não existem confundidores dominantes.[1,7]

A pontuação deve permanecer ligada a sinais vitais, sedação, resposta clínica e comunicação. Não diagnostica a síndrome, não prevê sozinha o curso e não decide isoladamente entre casa, enfermaria ou UTI.[1,20,21]

Sete dos dez itens dependem fortemente do relato. Dor, náusea, cefaleia, ansiedade, trauma, infecção, hipóxia e delirium de outra causa podem elevar a pontuação e induzir benzodiazepínico excessivo.[1,20,21]

Não use a CIWA-Ar para titular sedação em paciente delirante, com atenção flutuante, intubado, afásico, incapaz de responder, sob confundidores importantes ou sem reavaliação confiável.[1,20,21]

No delirium e na UTI, prefira instrumentos observacionais como RASS, CAM-ICU ou MINDS/mMINDS, conforme treinamento e protocolo local. Eles acompanham agitação, consciência e sedação sem exigir respostas impossíveis.[1]

Regra operacional: se o número conflitar com o exame, revise diagnóstico, comunicação, sedação e causas concorrentes antes de repetir o sedativo. A escala organiza dados; a decisão integra confiabilidade, risco e ambiente.

Escolha o ambiente antes de escolher a dose

O nível de cuidado depende da combinação de gravidade, risco futuro, comorbidades, suporte e capacidade de resgate.

Ambiente	Critérios práticos
Ambulatório	Quadro leve, ou moderado em serviço experiente; estabilidade, via oral, cuidador, transporte e retorno diário. Excluir convulsão, delirium, doença descompensada, gestação, risco suicida, retirada de outro sedativo e suporte insuficiente.[1,3]
Internação	Síndrome grave ou complicada, convulsão, confusão, vômitos persistentes, incapacidade de via oral, doença aguda, trauma, alteração laboratorial relevante, falha ambulatorial ou baixa segurança social.[1,2,3]
UTI ou alta dependência	Delirium com agitação intensa, instabilidade cardiorrespiratória, perda de proteção da via aérea, ventilação mecânica, convulsões recorrentes, comorbidade crítica ou sedação além da capacidade da enfermaria.[1]

O HC-UFMG admite ambulatório com CIWA-Ar até 15 somente após excluir abstinência complicada prévia, doença descompensada, gestação, instabilidade psiquiátrica, uso de benzodiazepínico e insegurança psicossocial. É protocolo institucional, não limite nacional.[6]

A VA/DoD apoia internação com CIWA-Ar de 20 ou mais, ou de 10 ou mais com falha ambulatorial, baixo suporte, psicose ou comprometimento cognitivo grave. É referência internacional, não norma brasileira.[3]

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

Benzodiazepínicos: regime, fármaco e contexto

Benzodiazepínicos são primeira linha na síndrome moderada ou grave e na prevenção e tratamento de convulsões e delirium. Busque paciente calmo, cooperativo e facilmente despertável, com controle autonômico, sem depressão respiratória ou acumulação.[1,4,14]

Nenhum agente tem superioridade global. Diazepam e clordiazepóxido duram mais, mas podem acumular. Na hepatopatia significativa, lorazepam ou oxazepam costumam ser preferidos. Idosos frágeis, cirrose descompensada, doença respiratória ou opioides exigem cautela e vigilância de sedação e ventilação.[1,3,6]

Guiado por sintomas: use com equipe treinada, paciente capaz de responder e reavaliação confiável. Pode reduzir exposição e duração em unidades especializadas, mas há evidência limitada para desfechos graves.[1,11,12,13]

Fixo com resgate: útil quando a escala é inválida, a observação não é contínua, há risco de recrudescimento ou determinação do protocolo. Doses programadas não dispensam reavaliação.[1,2,13]

Dose de ataque: diazepam ou clordiazepóxido repetidos em alto risco ou síndrome grave somente com observação estreita de consciência, respiração e resposta autonômica.[1]

Exemplo ambulatorial restrito do HC-UFMG, após exclusões e CIWA-Ar 10 a 15: diazepam 10 mg VO a cada 6 horas no dia 1, 8 horas no dia 2, 12 horas no dia 3 e à noite no dia 4; até cinco resgates extras de 10 mg. Falha ou agravamento exige transferência.[6]

Convulsão, tiamina e correção de déficits

Trate convulsão imediatamente com benzodiazepínico de ação rápida, como lorazepam ou diazepam, preferencialmente IV quando disponível. Internar e reavaliar a cada 1 a 2 horas nas primeiras 6 a 24 horas, observando recorrência, delirium, hidratação e eletrólitos. Fenitoína não trata convulsão puramente relacionada à abstinência; reserve-a para epilepsia ou indicação neurológica independente.[1,2]

Tiamina

Todos os internados devem recebê-la precocemente. Prefira via parenteral em desnutrição, má absorção, doença grave ou UTI. Exemplo profilático da ASAM: 100 mg IV ou IM uma vez ao dia por 3 a 5 dias. Materiais brasileiros usam esquemas distintos e às vezes maiores; a dose ótima é incerta, portanto siga o protocolo institucional.[1,5,6,22]

Na suspeita de Wernicke, não aguarde tríade completa ou laboratório. A EFNS recomenda 200 mg IV três vezes ao dia antes de carboidrato. HC-UFMG e linha brasileira apresentam 500 mg IV três vezes ao dia por 3 a 5 dias, seguido de redução parenteral e via oral conforme evolução. A incerteza não justifica atraso.[5,6,19,22]

Corrija hipoglicemia imediatamente; glicose e tiamina podem ser simultâneas ou em qualquer ordem, com tiamina precoce. Corrija volume sem hiper-hidratação e reponha potássio, magnésio e fósforo conforme exames, ECG e clínica. Magnésio não trata abstinência inespecificamente, mas deve ser corrigido quando deficiente ou indicado. Vigie realimentação em desnutridos.[1,6]

Fenobarbital e adjuvantes sem atalhos

Fenobarbital pode substituir benzodiazepínicos quando estes são contraindicados ou atuar como adjuvante na síndrome grave ou resistente. Exige profissional experiente, protocolo e monitorização próxima. Meia-vida longa, janela terapêutica estreita e somação com benzodiazepínicos ou opioides elevam o risco de hipotensão e depressão respiratória; a formulação parenteral requer ambiente altamente supervisionado.[1]

Estudos pequenos e protocolos hospitalares sugerem benefício em contextos selecionados, sem provar superioridade geral, redução de mortalidade ou substituição automática da primeira linha.[16,17,18]

Não há definição universal de abstinência resistente. A ASAM cita limiares usados em estudos: mais de 200 mg de diazepam em 4 horas ou 40 a 50 mg IV em 1 hora. São alertas para escalonamento, proteção de via aérea e revisão diagnóstica, não metas antes de pedir ajuda intensiva.[1]

Limites dos adjuvantes

- Clonidina, dexmedetomidina e betabloqueadores podem reduzir sinais autonômicos, mas isoladamente não previnem convulsão ou delirium.[1,2,4]
- Antipsicóticos servem apenas como adjuvantes após benzodiazepinização adequada, nunca como monoterapia do delirium.[1,2,4]
- Propofol restringe-se à UTI quando já há ventilação mecânica.[1]
- Álcool, baclofeno e fenitoína não são rotina. Carbamazepina ou gabapentina podem ser consideradas em quadros leves ou moderados ou como adjuvantes, mas não substituem benzodiazepínicos na síndrome grave.[1,2,3,4,15]

A prescrição precisa conter a próxima observação

Em internados com síndrome moderada ou grave, ou sob farmacoterapia, reavalie a cada 1 a 4 horas nas primeiras 24 horas. Após estabilidade, amplie, por exemplo, para 4 a 8 horas por mais 24 horas, conforme risco. Monitore sinais vitais, orientação, hidratação, sedação, ventilação, risco suicida e resgates.[1]

No ambulatório, mantenha contato diário por até 5 dias, verifique adesão e cuidador e limite o benzodiazepínico ao intervalo até a próxima avaliação.[1,3]

Escale se persistirem sintomas após doses previstas; crescerem agitação ou hiperatividade autonômica; surgirem convulsão, delirium, alucinações, vômitos ou instabilidade; ou o resgate superar a monitorização disponível. Sedação excessiva, hipoventilação, hipoxemia ou perda de proteção da via aérea exigem ação imediata.[1]

Delirium por mais de 72 horas exige revisão de infecção, trauma, distúrbio metabólico, encefalopatia hepática ou de Wernicke, retirada de outro GABAérgico e efeito medicamentoso, não repetição automática de sedativos.[1]

Alta: sintomas e sinais vitais estáveis, sem resgate crescente, orientação e marcha seguras, tolerância oral e plano para doenças concorrentes. Não deve haver delirium, sedação excessiva ou convulsão recente sem observação adequada. Entregue sinais de alarme, tiamina quando indicada, revisão medicamentosa e vínculo para tratar o transtorno por uso de álcool. Com benzodiazepínico, orientar: sem álcool, direção, opioides ou outros sedativos.[1,3]

Checklist final e referências

Checklist de decisão

☐ Cronologia, ABCDE, glicemia, sinais vitais, consciência e confiabilidade.[1,6]

☐ Trauma, infecção, distúrbio metabólico, hepatopatia, Wernicke e outros sedativos.[1,6,19]

☐ Gravidade atual, risco futuro e validade da CIWA-Ar.[1,7,8,9,10,20,21]

☐ Ambiente, benzodiazepínico, tiamina e correções conforme risco e protocolo.[1,2,3,5,6,14,22]

☐ Alvo, próxima avaliação, escalonamento, alta e continuidade.[1,3]

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

Referências

1. ASAM. Withdrawal guideline. 2020.

2. NICE. Alcohol complications. CG100.

3. VA/DoD. SUD CPG. 2021.

4. WHO. Alcohol withdrawal. 2012.

5. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado.

6. HC-UFMG/Ebserh. Protocolo 355. 2023.

7. Sullivan et al. CIWA-Ar. 1989.

8. Maldonado et al. PAWSS pilot. 2014.

9. Maldonado et al. PAWSS validation. 2015.

10. Goodson et al. Severe withdrawal. 2014.

11. Saitz et al. Individualized treatment. 1994.

12. Daeppen et al. Symptom-triggered vs fixed. 2002.

13. Holleck et al. Symptom-triggered meta-analysis. 2019.

14. Amato et al. Benzodiazepines. 2010.

15. Lai et al. Anti-seizure review. 2022.

16. Rosenson et al. Phenobarbital trial. 2013.

17. Hendey et al. Phenobarbital vs benzodiazepines. 2011.

18. Wolpaw et al. Phenobarbital protocol. 2025.

19. Galvin et al. EFNS Wernicke guideline. 2010.

20. Higgins et al. CIWA-Ar psychometrics. 2019.

21. Eloma et al. CIWA-Ar protocol. 2018.

22. Dingwall et al. Thiamine dose trial. 2022.