



Centro Regional de Referência para
Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR

III MÓDULO

MANEJO DO ALCOOLISMO ENCERRAMENTO E AVALIAÇÃO

Prof^a. Dione Menz
2016



ESCALA CIWA –AR

- 1) Implementação da escala CIWA-ar foi associada à diminuição da incidência de *delirium tremens* Fonte:
<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/119197>
- 2) Consenso SAA – tto – R. Laranjeiras
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000200006

Diretrizes clínicas, protocolos clínicos. SAA
Disponível em www.fhemig.mg.gov.br

CIWA – AR

CLINICAL INSTITUTE
WITHDRAWAL ASSESSMENT FOR ALCOHOL, REVISED

Trata-se de uma escala padrão-ouro, com 10 itens, cujo escore final classifica a gravidade da SAA e fornece subsídios para o planejamento da intervenção imediata. Sua aplicação leva de 2 a 5 minutos.

Os itens avaliados na escala são: náuseas e vômitos, tremores, sudorese, ansiedade, agitação, distúrbios táteis, distúrbios auditivos, distúrbios visuais, dores de cabeça e orientação no tempo e espaço.

SAA

- ❖ A SAA inicia nas primeiras 24 horas de interrupção/diminuição da ingestão de álcool em 90% dos pacientes;
- ❖ Em geral apresenta sintomas leves a moderados;
- ❖ A aplicação da escala de CIWA-Ar orienta sobre o manejo adequado do paciente que deve ser realizada a cada hora até índices de menor gravidade quando podemos espaçar as avaliações.

- ❖ Cerca de 5% dos pacientes evoluem para SAA grave nas 48 horas seguintes e destes 3% podem evoluir para Delírium Tremens após 72 horas ou apresentar convulsões (cerca de 10 a 15% das SAA);
- ❖ Escores iguais ou superiores a 20 deverão ser encaminhados às Unidades Clínicas. As internações são necessárias devido à confusão mental, a presença frequente de complicações clínicas e a necessidade de monitoramento de exames laboratoriais de controle.

AS ETAPAS BÁSICAS PARA A ABORDAGEM DO PACIENTE NA SAA SÃO:

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

- 1) História completa do uso de álcool (aplicar CAGE);
- 2) História clínica e psiquiátrica;
- 3) Diagnóstico da SAA e suas complicações clínicas e psiquiátricas;
- 4) Avaliação do paciente;
- 5) Exame físico e psiquiátrico (Escala de CIWA-AR) e encaminhamentos;
- 6) Tratamento da SAA e das complicações clínicas e psiquiátricas;
- 7) Exames laboratoriais;
- 8) Encaminhamento para tratamento da dependência ao álcool.

CAGE

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?
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?
4. O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA A SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA AO ÁLCOOL (SAA) OMS

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.

DELÍRIUM TREMENS É A MAIS SEVERA FORMA DA SAA, É UMA EMERGÊNCIA MÉDICA.

Delírium Tremens é a mais severa forma da 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, alucinações visuais (zoopsias) intensas e sensoriais podendo ou não apresentar
- ❖ Convulsões.

GRAVIDADE E DURAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS DA SAA

- ❖ SAA Leve: ansiedade, irritabilidade, insônia, tremor;
- ❖ SAA Moderada: febre, desorientação, alucinação;
- ❖ SAA Grave: confusão, tremores intensos, alucinações visuais atemorizantes;
- ❖ SAA não complicada = CIWA <20 : tto hospital dia ou observação;
- ❖ SSA complicada = CIWA >20, ou *delirium tremens* ou convulsões : tto em hospital clínico geral.

Fonte: Projeto Diretrizes - Associação Brasileira de Psiquiatria - Uso e Dependência do Álcool

www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/002.pd

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 difenohidantoína e clorpromazina;
- ❖ Utilizar diazepam endovenoso sem suporte ventilatório;
- ❖ Aplicar glicose sem a utilização prévia de Tiamina.

ESTRATÉGIAS PARA USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA SAA

Benzodiazepínicos de longa ação são os preferidos (Mayo-Smith 1997)

Benzodiazepínicos:

Prescrição baseada em sintomas diminui as doses necessárias e a duração do período de hospitalização. Avaliar inicialmente de hora/hora (aplicar escala CIWA-Ar).

Havendo melhora do quadro até de 8/8h. O objetivo é minimizar o desconforto do paciente, a sedação leve em que é possível despertar o paciente.

- ❖ Pontuação maior que 8 ou 10;
- ❖ Diazepam: 10 a 20 mg VO de 1/1 hora;
- ❖ Clordiazepóxido 50 – 100 mg VO de 1/1 hora;
- ❖ Hepatopatias graves;
- ❖ Lorazepam 2-4 mg VO de 1/1 hora

TIAMINA (A)

Jamais administrar glicose sem uso concomitante de Tiamina devido ao elevado risco de desenvolvimento de Encefalopatia de Wernicke.

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.

Em pacientes desnutridos, adolescentes, hepatopatas, idosos e alcoólatras crônicos a Tiamina deve ser mantidas mesmo após alta

Doses de 200 mg IM ou EV por até 3 dias ou 300 mg VO.

- ❖ Uso de Haloperidol 5mg oral em presença de alucinações.
- ❖ Uso de Clonidina em caso de hipertensão.
- ❖ Doses de 200 mg de tiamina via IM ao iniciar a infusão de glicose.
- ❖ Medicação sintomática.

Muito Obrigada!

CONTATO:

Dione Menz

e-mail: dionemenz@ufpr.br

