

Manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica no Paciente Internado

Estratificação de gravidade, desintoxicação com benzodiazepínicos, prevenção de Wernicke e manejo do delirium tremens.

Data: 25/06/2026 **Base:** ASAM 2020 · NICE CG100/CG115 · prática consolidada

Documento de apoio à decisão clínica em ambiente de internação (enfermaria, CAPS III, hospital geral). Não substitui o julgamento individual à beira do leito.

1. Avaliação inicial e estratificação de risco

À admissão, registrar: tempo desde a última dose, padrão de consumo (quantidade/dia, anos de uso), comorbidades clínicas e psiquiátricas e, sobretudo, **episódios prévios de abstinência grave** — o melhor preditor isolado de gravidade.

Fatores de risco para abstinência complicada (convulsão / delirium tremens)

- História de delirium tremens ou crise convulsiva por abstinência
- Consumo intenso e prolongado; abstinências repetidas (fenômeno de *kindling*)
- CIWA-Ar já elevado na admissão
- Comorbidade clínica aguda (infecção, trauma, distúrbio hidroeletrólítico, pancreatite, hepatopatia)
- Idade avançada, alteração glicêmica, plaquetopenia

Escala CIWA-Ar — 10 itens (9 itens de 0 a 7; orientação de 0 a 4; máximo 67 pontos)

Faixa de pontuação	Gravidade	Conduta orientada
< 8–10	Leve	Observação seriada; medicar apenas se progredir
10–18	Moderada	Tratar com benzodiazepínico; reavaliação frequente
> 18–20	Grave	Tratamento agressivo, vigilância intensiva, considerar UTI

Itens avaliados: náusea/vômito, tremor, sudorese paroxística, ansiedade, agitação, distúrbios táteis, auditivos e visuais, cefaléia e orientação/sensório.

Pré-requisito para usar a CIWA-Ar com segurança: paciente comunicativo e orientado, sem condição que mimetize abstinência (sepse, AVC, encefalopatia, intoxicação). Em paciente incomunicável/intubado, usar escala objetiva (ex.: RASS associada a sinais autonômicos), não a CIWA-Ar.

2. Linha do tempo da abstinência

- **6–12 h** — Abstinência precoce: tremor, ansiedade, sudorese, náusea, taquicardia, hipertensão, insônia.
- **12–24 h** — Alucinose alcoólica: alucinações com **sensório preservado** (não confundir com delirium tremens).

- 12–48 h — **Crises convulsivas** tônico-clônicas generalizadas (pico ~24 h).
- 48–96 h — **Delirium tremens**: confusão flutuante, desorientação, alucinações e hiperatividade autonômica grave. Emergência com mortalidade relevante se não tratado.

3. Manejo farmacológico — Benzodiazepínicos (1ª linha)

Reduzem sintomas, crises convulsivas e a progressão para delirium tremens. Constituem a base do tratamento.

Escolha do benzodiazepínico

Fármaco	Perfil farmacológico	Quando preferir
Diazepam	Longa ação, metabólitos ativos; <i>auto-tapering</i> suave	Padrão no paciente hígido; menor risco de sintomas de rebote
Clordiazepóxido	Longa ação	Desintoxicação clássica em esquema de dose fixa
Lorazepam	Ação intermediária, sem metabólitos ativos , eliminação por glicuronidação	Hepatopata, idoso, debilitado ; via IV em convulsão ou delirium tremens

Esquema A — Sintoma-dirigido (*symptom-triggered*) · PREFERENCIAL

Menor dose total e menor tempo de tratamento. Exige equipe treinada e reavaliação seriada da CIWA-Ar.

- Reavaliar a CIWA-Ar a cada 1 h.
- CIWA-Ar $\geq 8-10$ → administrar uma dose e reavaliar em 1 h; repetir até CIWA-Ar $< 8-10$.
- Dose por administração: **Diazepam 10–20 mg VO** ou **Lorazepam 2–4 mg VO/IV**.

Esquema B — Dose fixa com *tapering*

Indicado quando não há monitorização confiável ou em alto risco (DT/convulsão prévios).

- Ex.: Diazepam 10 mg VO 6/6 h no D1, reduzindo ~20% ao dia ao longo de 4–7 dias.
- Alternativa: Clordiazepóxido 50 mg 6/6 h no D1, com *tapering* progressivo.
- Manter doses de resgate guiadas pela CIWA-Ar.

Front-loading (carga inicial) na abstinência grave / risco de DT

Diazepam 10–20 mg VO/IV a cada 1–2 h até sedação leve. A longa meia-vida confere *tapering* automático.

Refratariedade (benzodiazepínico em altas doses sem controle):

- **Fenobarbital** — adjuvante ou substituto; atenção à depressão respiratória somada ao BZD.
- **Propofol** ou **dexmedetomidina** em ambiente de UTI. A dexmedetomidina controla a hiperatividade autonômica e a agitação, mas **não previne convulsão** — nunca usar isolada.
- **Antipsicótico** (haloperidol) apenas como adjuvante para agitação/alucinação intensa e **sempre sob cobertura de BZD** — reduz o limiar convulsivo e não trata a abstinência.

4. Tiamina e correção metabólica

Regra inviolável: administrar **tiamina ANTES de qualquer aporte de glicose** — glicose sem tiamina pode precipitar encefalopatia de Wernicke.

- **Profilaxia:** Tiamina 100–300 mg IM/IV ao dia.
- **Wernicke suspeito ou estabelecido** (confusão, ataxia, oftalmoplegia — tríade raramente completa): Tiamina **500 mg IV 8/8 h por 2–3 dias**, seguida de 250 mg/dia IV/IM por 3–5 dias, mantendo via oral a seguir.

Reposição associada: magnésio (corrige refratariedade a BZD e risco convulsivo), potássio, fósforo, folato. Hidratação criteriosa e correção glicêmica. Monitorar o sódio e evitar correção rápida (risco de mielinólise pontina).

5. Delirium tremens e crise convulsiva

Delirium tremens — emergência

- Benzodiazepínico IV titulado de forma agressiva (diazepam ou lorazepam) até sedação leve.
- Monitorização contínua; preferir ambiente de **UTI**.
- Suporte hemodinâmico, controle de temperatura e correção hidroeletrólítica.
- Fenobarbital ou propofol se refratário; haloperidol apenas como adjuvante.

Crise convulsiva por abstinência

- Autolimitada na maioria; o **benzodiazepínico** trata e previne recorrência (Lorazepam IV).
- **Não** iniciar antiepilético de manutenção — a fenitoína é ineficaz na convulsão por abstinência.
- Investigar causa estrutural se: crise focal, estado de mal, trauma ou primeira crise atípica.

6. Critérios de nível de cuidado

Internação (vs. ambulatorial): história de DT ou convulsão, CIWA-Ar alto, comorbidade clínica/psiquiátrica descompensada, risco de suicídio, gestação, ausência de suporte social ou falha de desintoxicação ambulatorial.

UTI: delirium tremens, necessidade de BZD em doses muito altas, instabilidade autonômica grave, insuficiência respiratória ou comorbidade crítica.

7. Após a desintoxicação — não encerrar aqui

Desintoxicação não é tratamento da dependência. Encaminhar e iniciar prevenção de recaída:

- **Anti-craving:** Naltrexona (reduz consumo pesado), Acamprosato (manutenção da abstinência), Dissulfiram (aversivo, exige adesão supervisionada).
- Manter tiamina; abordar comorbidade psiquiátrica frequentemente desmascarada (depressão, ansiedade).
- Vincular a **CAPS-AD**, intervenção psicossocial, abordagem motivacional e grupos de apoio.

8. Codificação diagnóstica

CID-11: 6C40.2 transtorno por uso de álcool (dependência); 6C40.4 estado de abstinência; 6C40.5 delirium induzido por álcool.

CID-10 (perícia/INSS): F10.2 dependência; F10.3 estado de abstinência; F10.4 abstinência com delirium.

Pontos críticos — não esquecer

1. Tiamina **sempre antes** da glicose.
2. Benzodiazepínico é a base; antipsicótico nunca isolado.
3. *Symptom-triggered* reduz a dose total, mas exige reavaliação CIWA seriada e equipe treinada — sem isso, usar dose fixa.
4. Magnésio corrige a refratariedade aos benzodiazepínicos.
5. Pior preditor de gravidade: história de abstinência grave prévia.
6. Desintoxicar é só o começo — encaminhar para anti-*craving* e CAPS-AD.

Documento de apoio à decisão clínica, elaborado para compartilhamento entre profissionais. As doses são orientativas e devem ser ajustadas ao peso, função hepática/renal, idade, comorbidades e resposta individual de cada paciente. Não dispensa a consulta às referências primárias nem o julgamento clínico à beira do leito.

Protocolo SAA — Internação · 25/06/2026

Referências: ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management (2020); NICE CG100 (Alcohol-use disorders: physical complications) e CG115 (Alcohol-use disorders: diagnosis and management); literatura consolidada sobre CIWA-Ar e profilaxia de Wernicke.