

3. DOENÇAS METABÓLICAS

3.9 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ETANÓLICA

Os sintomas de abstinência podem iniciar-se precocemente, a partir das 8h após a descida da concentração sérica de álcool, atingindo o pico máximo às 72h. Os sintomas reduzem-se marcadamente a partir do 5º dia de abstinência.

• Critérios de abstinência

Cessação ou redução de consumo prolongado e significativo, mais pelo menos dois dos seguintes:

- Hiperreactividade auton mica
- Tremor das extremidades superiores
- Ins nia
- Náuseas / v mitos
- Alucinações transitórias (visuais, tácteis ou auditivas)
- Agitação psicomotora
- Ansiedade
- Convulsões t nico-clínicas

| Síndrome | Apresentação clínica | Tempo após último consumo |
|---------------------|--|---------------------------|
| Abstinência ligeira | Tremor, ansiedade, cefaleia, diaforese, palpitações, anorexia, dor abdominal | 6 a 36 horas |
| Convulsões | Convulsões t nico-clínicas com período pós-ictal curto; status epiléticos (raro) | 6 a 48 horas |
| Alucinose alcoólica | Alucinações visuais, auditivas ou tácteis, sem desorientação. Sem alterações dos sinais vitais | 12 a 48 horas |
| Delirium Tremens | Delírio, agitação, hipertensão, taquic rdia, febre | 48 a 96 horas |

• Factores de mau prognóstico

- História de consumo excessivo mantido
- História prévia de Delirium Tremens (DT) ou síndrome de abstinência
- Idade > 30 anos
- Sintomas de abstinência na presença de nível de alcoolémia elevado

- Início de sintomatologia após 48h de abstinência (estes doentes desenvolverão DT com maior frequência)

- **Exames complementares de diagnóstico**

- Hemograma e coagulação, glicose, função hepática, função renal e iões incluindo magnésio, alcoolémia.
 - Radiografia do tórax
 - ECG
 - TC-CE (se sinais focais, trauma ou quadro não completamente esclarecido)

- **Abordagem terapêutica**

- **Medidas gerais**

- Colocar o paciente em ambiente calmo - evitar estimulação
- Orientar o doente (tempo e espaço e razão pela qual está internado)
- Avaliação frequente de sinais vitais e vigilância do estado de consciência
- Se necessário imobilizar o doente (pelo período de tempo mínimo, já que a resistência contra a imobilização promove a rabdomiólise)
- Preferência pela via endovenosa nos primeiros dias (absorção oral errática, evitar via IM)
- Corrigir o défice de volume (dar preferência a soluções isotónicas)
- Suplementação com Tiamina 500 mg (infusão em 30 min), 1-2x/dia nos primeiros 3 dias (profilático). Se suspeita de encefalopatia de Wernicke administrar 500 mg, 3x/dia, durante 5 dias
- Não existe evidência para o uso sistemático de magnésio, assim apenas suplementar se existir hipomagnesémia
- Corrigir outros défices iónicos
- Alimentação: Solução glicosada suficiente nas primeiras 24h mas retomar alimentação o mais cedo possível (estado metabolicamente muito ativo e os doentes são, na maioria das vezes, mal nutridos)

- **Tratamento da agitação**

Benzodiazepinas são os fármacos de eleição (exercem o seu efeito através da estimulação da via GABA, diminuindo a atividade neuronal)

e causando sedação)

71 Preferencialmente utilizar benzodiazepinas de longa ação, como diazepam e lorazepam

71 Nos doentes com cirrose ou hepatite aguda alcoólica preferir lorazepam ou oxazepam (fármacos sem metabolitos ativos)

Diazepam 5 a 10mg IV, de 10 em 10 min (ritmo de infusão: 2,5mg/minuto) ou **Lorazepam** 2 a 4mg IV, de 20 em 20 min, até se atingir sedação pretendida.

| Doses equipotentes IV | | |
|-----------------------|---------------|-----------------|
| | Diazepam 10mg | Lorazepam 1,5mg |
| Início de ação | 1-3 Minutos | 5-10 Minutos |
| Pico de ação | 1-3 Minutos | 30 Minutos |
| Duração | 1-2 Horas | 2-6 Horas |

Na fase inicial, evitar terapêutica em horário fixo dando preferência à administração da terapêutica de acordo com a sintomatologia (mesma eficácia com doses cumulativas de fármacos menores e tempo de tratamento menor)

Após alcançado o estado de sedação desejado (doente sonolento mas facilmente despertável), deve-se reduzir a sedação progressivamente e transitar terapêutica para via oral: **Oxazepam** 15-50mg 8/8h.

• Fármacos menos consensuais

- Fenobarbital e Propofol para o tratamento de DT refratário a altas doses de benzodiazepinas
- Haloperidol: diminui o limiar convulsivo, não deve ser utilizado rotineiramente. Apenas se:
 - Concomitância de doença psiquiátrica (esquizofrenia)
 - Nos casos de alucinações incontrolláveis
 - 0,5 a 5 mg IV cada 30 a 60 min, não exceder os 20 mg
 - Idealmente deve ser realizado ECG antes da administração, para despiste de prolongamento do QT, e correção de hipocaliémia e hipomagnesémia, se existir.
- Anticonvulsivantes: não existe evidência para terapêutica anti-con-

vulsivante mantida nos pacientes com abstinência alcoólica

- * Bloqueantes: podem reduzir sintomas minor de abstinência, mas não previnem convulsões ou a progressão da abstinência

- Agonistas --2 centrais: relatos da sua utilização como terapêutica adjuvante, mas não devem ser usados como fármaco de 1ª linha.

- **Considerar admissão na UCI**

- Instabilidade hemodinâmica
- Insuficiência respiratória
- Infecção grave
- Patologia gastrointestinal: Pancreatite, Hemorragia, Insuficiência hepática, peritonite
- Dificuldade no controlo dos sintomas, ou necessidade de doses elevadas de sedação

- **Síndromes associados a consumo alcoólico**

| | Encefalopatia de Wernicke | Síndrome de Korsakoff | "Beer potomania" |
|----------------|---|--|--|
| Apresentação | Confusão; ataxia; Oftalmoplegia | Estado persistente de encefalopatia caracterizado por confabulação | Hiponatremia Alteração do estado de consciência Sinais focais Convulsões |
| Causa | Défice de tiamina que se desenvolve em 2 a 3 semanas se não existir ingestão de alimentos ricos ou suplementação, sendo os alcoólicos uma população especialmente em risco. | | Elevado consumo de cerveja (~4L/dia) e fraca ingestão alimentar |
| Fisiopatologia | Os corpos mamilares do cérebro são os mais atingidos, mas outras áreas como o dorso medial do tálamo, núcleos motores oculares, núcleos vestibulares, locus cerúleos e a substância cinzenta peri-aqueductal podem ser afectadas. | | Incapacidade do rim de excretar o excesso de água livre associado ao consumo excessivo de cerveja (hipotónica), resultando em retenção de água livre e hiponatremia dilucional |
| Tratamento | Suplementação com Tiamina (500mg 3x dia durante 5 dias) | | <u>Restrição hídrica</u> Caso mais graves corrigir, respeitando os 10 mEq/l nas 24H |