

Intoxicação Alcoólica Aguda

Última revisão: 13/08/2013

Estabelecido em: 21/01/2012

Responsáveis / Unidade

Ana Maria Chagas – Psicóloga | CEPAI
Daniel Eugênio de Freitas – Terapeuta Ocupacional | HGV
Eliane Mussel – Médica | HGV
Fernando Teixeira Grossi – Médico | IRS
Jerson Soares Antunes Júnior – Médico | CMT
Leonardo José Tolendal – Médico | CHPB
Raquel Martins Pinheiro – Terapeuta ocupacional | CMT

Colaboradores

Audary Ferreira – Médico | CMT
Guilherme Freire Garcia – Médico | CCPC
Helian Nunes de Oliveira – Médico | IRS
Rogério Pereira Fonseca- Psicólogo | CEPAI
Sérgio Campos – Médico | CMT
Vitória Sandra Nolasco – Enfermeira | CMT

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet

Segundo a Organização Mundial de Saúde, é estimado que 2,5 milhões de pessoas morreram de causas relacionadas ao álcool em 2004, incluindo 320.000 jovens entre 15 e 29 anos. O uso nocivo do álcool foi responsável por 3,8% de todas as causas de morte em 2004, sendo uma das maiores causas de risco evitável para desordens neuropsiquiátricas, doenças cardiovasculares, cirrose hepática, neoplasias, doenças infecciosas, além de acidentes de trânsito e violência¹⁰.

Em levantamentos realizados em 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 70% dos brasileiros que residem em cidades com população superior a 200 mil habitantes, já experimentou algum tipo de bebida alcoólica e cerca de 11% são dependentes de álcool, sendo maior a sua incidência entre os homens do que entre as mulheres. Dentre as emergências relacionadas ao álcool, a intoxicação aguda é a causa mais frequente de avaliações no pronto-socorro. As manifestações clínicas e a intensidade dos sintomas não dependem exclusivamente da quantidade de álcool ingerido, mas de outros elementos associados como, condição genética do indivíduo, presença de comorbidades, concomitância de eventos externos alheios à vontade do paciente (acidentes, traumas, etc) e a associação de outras substâncias, podendo inclusive haver intoxicação sobreposta por outras drogas.

Em crianças é freqüente a intoxicação por ingestão de produtos domésticos que contém álcool como colônias, colutórios bucais, medicamentos e solventes. Apesar de o etanol ser a substância mais comumente associada ao abuso, deve-se destacar a possibilidade de ingestão do metanol (muito parecido com o etanol e utilizado em laboratórios, produtos de limpeza, removedores de tinta e fluidos de máquinas copiadoras), e do etilenoglicol (incolor, inodoro, adocicado, solúvel em água, usado como solvente para tinta, plástico e produtos farmacêuticos, ingrediente para explosivos, fluidos hidráulicos, radiadores e substâncias de limpeza).

O uso de álcool em crianças e adolescentes pode chegar a 7% aos 12 anos e até a 80% aos 18 anos, com riscos de lesões e mortes acidentais, suicídio, gravidez não planejada, sexo não protegido, problemas sociais e escolares, e a longo prazo, maior risco de dependência e lesões estruturais do cérebro¹².

A tabela a seguir mostra as alterações encontradas em bebedores sociais ou freqüentes de acordo com os níveis sanguíneos de alcoolemia:

Níveis plasmáticos de álcool (mg%) e sintomatologia relacionada	
Alcoolemia (mg%)	Quadro clínico
30	Euforia e excitação, alterações leves da atenção.
50	Incoordenação motora discreta, alteração do humor personalidade e comportamento, não é permitido dirigir acima dessa alcoolemia.
100	Incoordenação motora pronunciada com ataxia, diminuição da concentração, piora dos reflexos sensitivos, piora do humor.

Alcoolemia (mg%)	Quadro clínico
200	Piora da ataxia, náuseas e vômitos.
300	Disartria, amnésia, hipotermia, anestesia.
400	Coma, morte (bloqueio respiratório central).

Fonte: Adaptação do quadro 4, Projeto Diretrizes - *Abuso e Dependência do Álcool*.

Podemos dividir a intoxicação alcoólica em fases

Fase excitatória, nas quais os níveis de alcoolemia atingem de 75 a 200mg%:

- Até 75 mg%: sensação de relaxamento, desinibição, às vezes quietude, introspecção ou agressividade;
- Até 100 mg%: estado de ataxia, incoordenação, queda do "juízo crítico", aumento da "autoconfiança" (risco de acidente automobilístico);
- Níveis de 125 a 150 mg%: alguns continuam afáveis e desinibidos, outros muito agressivos ou mutismo e quietude exagerados.

Fase depressora, com efeito combinado final dos sistemas GABA-érgicos e glutamatérgicos, ou seja, ação neuronal diminuída, na qual os níveis de alcoolemia atingem mais de 200 a 250 mg%, provocando efeitos narcóticos do etanol. Em bebedores, a alcoolemia pode chegar de 300 a 350 mg%. Há o risco de depressão respiratória e circulatória e a hospitalização de urgência pode ser necessária.

Ressaca: os metabólitos do etanol são tóxicos, principalmente o acetaldeído, que é responsável pela sensação de mal estar, náuseas, vômitos, cefaleia, tonturas e indisposição pós – embriaguez. Estes sintomas em geral são auto - limitados e desaparecem com uso de sintomáticos. Em etilistas mais persistentes, mas ainda não totalmente alcoólatras, estes sintomas na verdade já podem ser uma Síndrome de Abstinência precoce.

Comentários: a embriaguez é causa de quedas, acidentes automobilísticos, crimes, traumatismos diversos e devem ser obrigatoriamente diferenciada da intoxicação por sedativos, traumatismo craniano, hipoglicemia grave, etc.

OBJETIVOS

1. Estratificar o atendimento da intoxicação alcoólica aguda;
2. Prevenir o agravamento do quadro com convulsões, *delirium*;
3. Vincular o paciente com dependência alcoólica a tratamento específico;

SIGLAS

ACLS - *Advanced Cardiac Life Support* (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia)

ABCDE- Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas

CID 10- Código Internacional de doenças

DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECG- Eletrocardiograma

FC - Frequência cardíaca

GABA - Ácido gamaaminobutírico

GLU - Glutamato

PA - Pressão arterial

SPA - Substância Psicoativa

SNC- Sistema Nervoso Central

Tax - Temperatura axilar

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Médicos clínicos, psiquiatras, e especialidades clínicas necessárias;
- Enfermagem capacitada em emergência clínica e psiquiátrica;
- Psicólogo;
- Assistente social;
- Unidade de urgência com leitos de observação;
- Equipamento para soroterapia;
- Psicofármacos;
- Medicação sintomática.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Critérios Diagnósticos

DSM IV 303.0 - Intoxicação com Álcool: CID 10 F10.0-F10.1-F10.2

- A.** Ingestão recente de álcool;
- B.** Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e mal adaptativas (p. ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, humor instável, prejuízo no julgamento, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional) desenvolvidas durante ou logo após a ingestão de álcool;
- C.** Um ou mais dos seguintes sinais, desenvolvidos durante ou logo após o uso de álcool:
 1. Fala arrastada
 2. Incoordenação
 3. Marcha instável
 4. Nistagmo
 5. Comprometimento da atenção ou da memória
 6. Estupor ou coma
- D.** Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são mais bem explicados por outro transtorno mental.

Tratamento da Intoxicação Alcoólica Aguda

É importante salientar que não há nada que se possa fazer para acelerar a metabolização do álcool ou que alivie os sintomas de embriaguez.

ABORDAGEM INICIAL

- Sempre considerar a realização do ABCDE primário e secundário* durante toda a permanência do paciente;
- Avaliar os dados vitais e o estado geral do paciente;
- Atitude receptiva, sem julgamento moral, acolhedora;
- Manutenção de hidratação adequada e correção de distúrbios hidroeletrólíticos;
- Pesquisar intoxicações anteriores e gravidade destas;
- Tranqüilização do paciente, evitar gestos ameaçadores; oferecer local de segurança, cadeira, maca com proteção lateral, maca com cabeceira elevada ou mesmo o chão, para evitar quedas;
- Manutenção de ambiente iluminado, evitar ruídos;
- Suporte do serviço social e psicologia;
- Atentar neste momento para possibilidade de a associação de outras condições clínicas como traumatismos, infecções respiratórias, alterações cardiovasculares com instabilidade hemodinâmica e arritmias, além da observação de evidências que indiquem o abuso crônico (desnutrição, ascite, lesões cutâneas, etc.);
- Drogas depressoras do SNC estão contra-indicadas;
- Em caso de agitação intensa ou violência física, pode ser usado haloperidol, tendo o cuidado de observar risco de depressão respiratória. A imobilização do paciente seguindo protocolo específico (**PC 033**) deve ser uma alternativa quando fracassadas as demais intervenções;
- Avaliar alterações do sistema nervoso central (SNC), distúrbios metabólicos como hipoglicemia, acidose láctica, hipocalemia, hipomagnesemia, hipoalbuminemia, hipocalcemia e hipofosfatemia;
- Exames laboratoriais podem ser requisitados dependendo da gravidade do caso: sódio, potássio, cloro, bicarbonato, cálcio, magnésio, glicemia, ureia, amilase, função hepática, screen toxicológico, gasometria arterial, cetonemia e cetonúria. Outros exames como ECG, recursos imaginológicos devem ser solicitados de acordo com a evolução clínica desfavorável.

*ABCDE primário e secundário segundo o protocolo de ACLS (2010)

Casos de Intensidade Leve a Moderada – Tratamento ambulatorial

Manter uma vigilância cuidadosa do paciente e verificação dos dados vitais até a melhora clínica, com uso de sintomáticos se necessário. Pacientes com quadros diagnosticados, a critério do examinador, como leves, sem hipoglicemia e sem vômitos, poderão ser encaminhados ao domicílio com medidas de suporte como hidratação e alimentação por via oral, bem como o uso de medicação sintomática. Aqueles considerados moderados deverão permanecer sob observação e cuidados na unidade de saúde.

Casos de Intensa Agitação ou Agressividade

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

Estratégias para uso de Benzodiazepínicos na SAA (A)

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 (na escala CIWA-Ar):

- 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.

Reduzir os benzodiazepínicos gradualmente de acordo com quadro clínico, pois sua manutenção acarreta riscos como:

- Perigo de tolerância cruzada com álcool;
- Desenvolvimento de dependência e/ou uso abusivo alternado com o álcool;
- Agravamento dos transtornos ansiosos durante o acompanhamento ambulatorial.

Na presença de convulsões o uso de anticonvulsivantes não demonstrou benefícios superiores ao uso de Benzodiazepínicos e, portanto, não há indicação de seu uso. (NSW, 2008)

Tiamina (A)

- Jamais administrar glicose sem uso concomitante de Tiamina devido ao elevado risco de desenvolvimento de Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff. 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-Korsakoff. Em pacientes desnutridos, adolescentes, hepatopatas, idosos e alcoólatras crônicos a Tiamina deve ser mantidas mesmo após alta. Doses entre 200 e 300 mg via IM ao iniciar a infusão de glicose. A Tiamina deve ser mantida injetável nos primeiros dias e pode ser administrada oralmente assim que possível podendo ser prescrita inclusive após a alta. Doses superiores serão utilizadas caso haja evolução de Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff;
- Em presença de quadros severos, com escores acima de 20 na Escala CIWA-Ar ou presença de convulsões está indicada internação em Unidades Clínicas, monitoramento e controle

dos distúrbios hidreletrolíticos, função hepática e renal . Medicação sintomática e de suporte para as complicações clínicas.

Casos graves com intensa depressão ou coma – Tratamento hospitalar

- Acesso intravenoso;
- Prevenção de aspiração; posicionamento em decúbito lateral;
- Solução intravenosa para correção de distúrbios hidro-eletrolíticos, hipoglicemia;
- Administrar tiamina concomitantemente ao uso de solução de glicose;
- Drogas anti-eméticas se necessário;
- Verificar e anotar dados vitais com frequência, de acordo com a gravidade do caso;
- Terapia intensiva em caso de instabilidade cardiorrespiratória.

Seguimento da Intoxicação Alcoólica Aguda

Resolvido o caso agudo, é necessário investigar se este fato foi um episódio isolado ou não. Em avaliação inicial, deve-se verificar o consumo diário de álcool e sua frequência semanal, podendo ser aplicados questionários específicos (CAGE - ver **ANEXO I**). Em caso de resultado positivo, é aconselhável encaminhar o paciente para "follow-up" em serviço especializado em tratamento de alcoolismo. Para pacientes considerados não dependentes do álcool, sugere-se intervenção breve e aconselhamento com objetivo de diminuir o uso de álcool e evitar práticas perigosas relacionadas. Os pacientes com complicações clínicas devido ao abuso de álcool deverão ser encaminhados para tratamentos específicos (hepatologia, cardiologia, neurologia, nutrição, etc.). No caso de suspeita de intoxicação concomitante com outras substâncias tóxicas, fazer contato com Serviço de toxicologia, no caso da FHEMIG, com o Serviço de Toxicologia do HJXXIII.

Ver **APENDICE I** - Fluxograma de Atendimento à Intoxicação Alcoólica Aguda

ITENS DE CONTROLE

1. Número absoluto de pacientes com intoxicação alcoólica aguda leve/moderada encaminhados para tratamento nos serviços de saúde mental / Número absoluto de pacientes com intoxicação alcoólica aguda atendidos.
2. Número absoluto de pacientes com intoxicação alcoólica aguda grave encaminhados para tratamento em hospitais gerais / Número absoluto de pacientes com intoxicação alcoólica aguda atendidos.

REFERÊNCIAS

	Grau de Recomendação / Nível de Evidência
1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2197 de 15 de outubro de 2004.	D
2. Masur J, Formigoni, M ; Laranjeira, R, Formigoni, G. G. S, Zwicker, A. P, Salim R. J, Pinotti D. O. F; Intoxicação alcoólica e glicose. Um estudo duplo-cego em pacientes de pronto-socorro. Revista da Associação Médica Brasileira São Paulo 1982; 28:168-171.	C
3. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, Bertini M, Gasbarrini G, Addolorato G;Alcoholism Treatment Study Group. Acute alcohol intoxication. Eur J Intern Med.2008 Dec; 19(8):561-7. Epub 2008 Apr 2. Review.	B
4. Golmaum TS, Noritomi DT, Libório AB. Emergências relacionadas ao álcool. In: Martins HS, Neto AS, Velasco IT. Emergências clínicas baseadas em evidências. I ed.. São Paulo: Atheneu; 2006: 87-97.	A
5. Martine HS, Jacon SM. Intoxicações exógenas agudas. In: Martins HS, Neto AS, Velasco IT. Emergências clínicas baseadas em evidências. I ed. São Paulo: Atheneu; 2006: 61-86.	A
6. Martins HS. Tratamento específico das intoxicações exógenas agudas. In: Emergências clínicas abordagem prática. IV ed. São Paulo: Manole; 2009: 751-778.	C
7. Projeto Diretrizes AMB e CFM, Abuso e Dependência do álcool. 2002.	A
8. World Health Organization. Global status report: alcohol and young people. Geneva:Who; 2001.	B
9. Formigoni MLOS, Galduróz F, Micheli DD. Álcool: efeitos agudos crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos.	C
10. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Genebra. 2010.	D
11. US Department of Health & Human Services. National Institutes of Health National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much. A clinician's guide 2005. disponível em: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm . acesso em 15 de novembro de 2011.	D
12. National Institutes of Health National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth. A Practitioner's Guide, 2011. Disponível em www.niaaa.nih.gov/Youth Guide . acesso em 15 de novembro de 2011.	D

Fluxograma Intoxicação Alcoólica Aguda

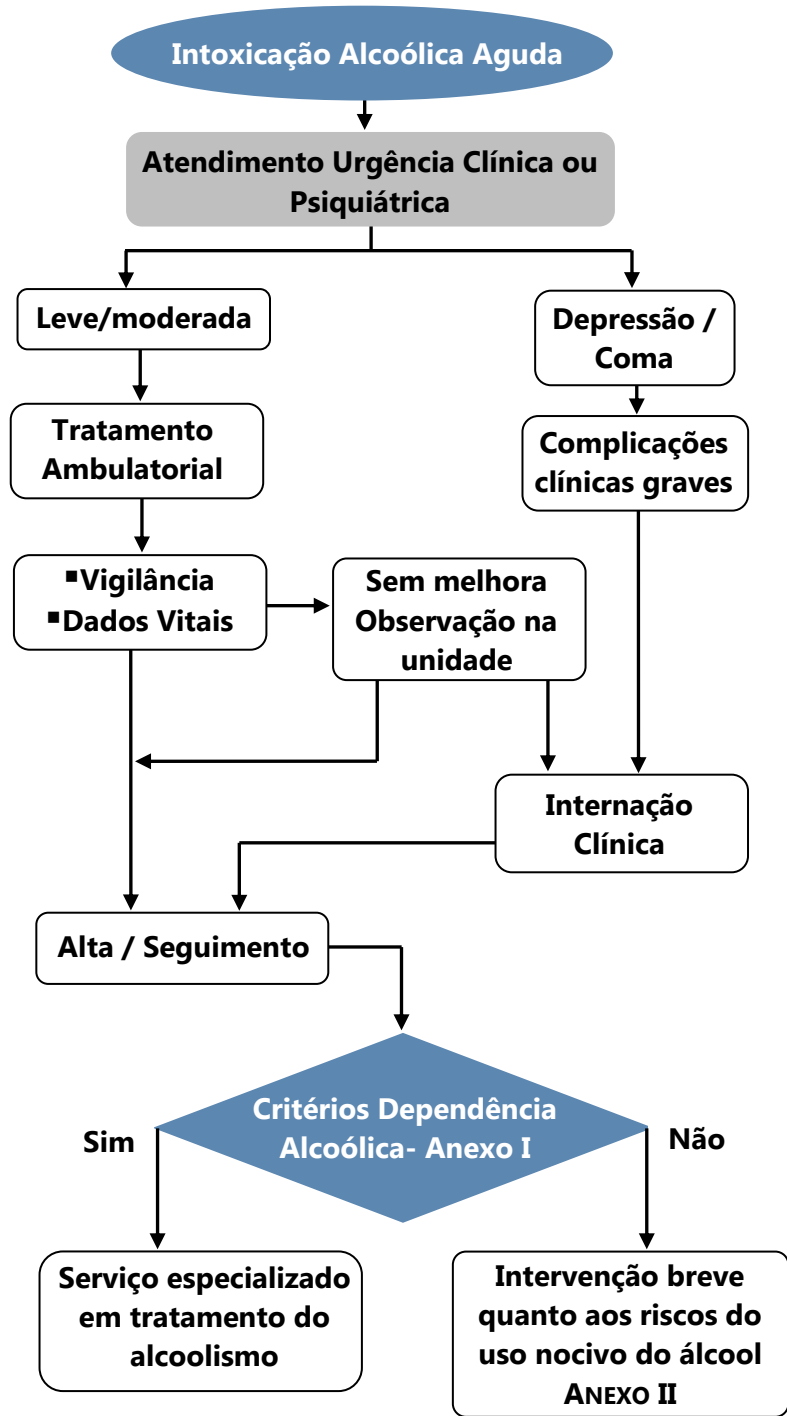
CASO DE LEVE/MODERADA INTENSIDADE:

- Não requer tratamento medicamentoso;
- Vigilância cuidadosa;
- Verificação sinais vitais até melhora clínica;
- Encaminhamento para serviço especializado em tratamento do alcoolismo se houver critérios de dependência alcoólica;
- Intervenção breve em caso de uso nocivo do álcool.

CASO GRAVE:

- Diagnóstico diferencial com condições clínicas associadas;
- Acesso periférico;
- Prevenção de aspiração;
- Sinais vitais;
- Correção de distúrbio hidro-eletrolítico e hipovitaminose;
- Se agitação intensa ou agressividade: haloperidol/contenção física sob indicação por protocolo específico (PC 033);

SUPORTE HOSPITALAR/TERAPIA INTENSIVA SE NECESSÁRIO



Critérios para Avaliação de Risco para Dependência Alcoólica:

Homem - bebe mais que 4 doses de álcool por dia ou mais que 14 por semana?

Mulher - bebe mais que 3 doses de álcool por dia ou mais que 7 por semana?

Uma dose equivale de 10 a 14 gramas de álcool, em média. Para obter as doses equivalentes de uma determinada bebida, é preciso multiplicar sua quantidade por sua concentração alcoólica.(*)
A quantidade de álcool em gramas é obtida a partir da multiplicação do volume de álcool contido na bebida pela densidade do álcool (d=0,8).

Fonte: www.niaaa.nih.gov/index.htm

Bebida	Volume	Teor alcoólico	Quantidade de álcool (volume x teor)	Gramas de álcool (volume de álcool x 0,8*):
Destilado (um copo de 40 a 50 ml)	40	40%	16 mL	12,8 gramas
Vinho tinto (uma taça)	150	12 %	18 mL	14,4 gramas
Cerveja (uma lata/um caneco de chope)	350 mL	5%	17,5 mL	14,0 gramas

Questionário CAGE*

*Acrônimo formado pelas iniciais das palavras inglesas: *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*.

- 1-Você já pensou em abandonar (*Cut down*) o hábito de beber?
- 2-Você já ficou aborrecido quando recebeu críticas (*Annoyed by criticism*) sobre seu hábito de beber?
- 3-Você já se sentiu culpado (*Guilty*) pelo fato de beber?
- 4-Você já bebeu pela manhã (*Eye-opener*) para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?

As respostas às perguntas desse questionário são usadas para avaliação da dependência do álcool. A presença de duas repostas afirmativas sugerem dependência do álcool.

Intervenção Breve para Pacientes com Uso Nocivo do Álcool

Modificado da referência¹¹

- 1- Faça sua avaliação e relate com clareza:** “você está bebendo mais do que é seguro do ponto de vista médico”. “Recomendo fortemente que você deixe de beber ou diminua a quantidade, e estou disposto a ajudá-lo”.
- 2- Se o paciente disser que não quer mudar o hábito de beber:** Não desista, ambivalência é comum. Reafirme sua preocupação com sua saúde. Encoraje sua reflexão pesando os motivos para continuar bebendo versus razões para parar de beber, quais são suas maiores barreiras.
- 3- Se o paciente disser que quer parar de beber:** Ajude a traçar uma meta para diminuir a bebida ao máximo ou se abster por um tempo. Combine um plano com passos específicos (ex: não ir ao bar após o trabalho, não tenha bebidas em casa, alternar bebidas alcoólicas com não alcoólicas). Pergunte como o paciente vai lidar com situações de alto risco, quem pode ajudá-lo.
- 4- Fornecer materiais educacionais.**

Observação:

Propostas para intervenção breve em crianças e adolescentes, ver referência¹²