

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO DELIRIUM TREMENS: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de submissão: 08/11/2024

Data de aceite: 02/01/2025

Pedro Josefino Custódio de Araújo

Joel Ribamar de Freitas Lunguinho

Millena Alves Coelho

Rosa Maria Dias Dourado

Gabriel Rosa Leão

Mariano Lucas da Silva Gomes

Lucas Baltazar Adamoglu de Mendonça

Sthefany Macedo Lopo

Gabriel Jhomilson Rodrigues Coelho

Paulo Victor Dias

Fernanda Chaveiro da Silva

Cynara Monteiro Corrêa

RESUMO: A problemática do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e seus efeitos sobre a saúde mental, em particular a Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) e o Delirium Tremens (DT), é preocupante mundialmente. Este estudo teve como objetivo revisar as principais recomendações e práticas contemporâneas

no tratamento farmacológico do DT. Utilizando as palavras-chave “Delirium Tremens”, “Alcohol withdrawal”, “Treatment”, e “Management”, foi conduzida uma revisão narrativa da literatura científica nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MEDLINE (PubMed), incluindo artigos publicados nos últimos dez anos (2014-2023). Os principais achados sugerem que os benzodiazepínicos, como o diazepam e lorazepam, são consistentemente apontados como primeira escolha no tratamento dos sintomas do DT. Entretanto, o potencial de abuso dessas substâncias motiva a busca por alternativas, como o ácido gama-hidroxibutírico, a carbamazepina, os barbitúricos e o haloperidol. Em casos onde doses elevadas de benzodiazepínicos não surtem efeito ou quando há resistência ao tratamento, a adição de fármacos como antipsicóticos, propofol ou barbitúricos é proposta. Baseado em análises preliminares, os resultados também direcionam para a efetividade e segurança da combinação de dexmedetomidina e sulfato de magnésio, opções terapêuticas promissoras, na diminuição da duração dos sintomas do DT. Este estudo ressalta a necessidade de mais pesquisas futuras sobre o tema, de forma a

aprimorar a abordagem clínica no manejo do DT.

PALAVRAS-CHAVE: Abstinência alcoólica; farmacoterapia; síndrome de abstinência.

PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF DELIRIUM TREMENS: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The issue of excessive alcohol consumption and its effects on mental health, particularly Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS) and Delirium Tremens (DT), is a worldwide concern. This study aimed to review the main contemporary recommendations and practices in the pharmacological treatment of DT. Utilizing the keywords “Delirium Tremens”, “Alcohol withdrawal”, “Treatment”, and “Management”, a narrative review of the scientific literature was conducted in the databases of the Virtual Health Library (VHL) and MEDLINE (PubMed), including articles published in the last ten years (2014-2023). The main findings suggest that benzodiazepines, such as diazepam and lorazepam, are consistently pointed out as the first-choice treatment for DT symptoms. However, the abuse potential of these substances motivates the search for alternatives, such as gamma-hydroxybutyric acid, carbamazepine, barbiturates, and haloperidol. In cases where high doses of benzodiazepines have no effect or when there is resistance to treatment, the addition of drugs such as antipsychotics, propofol, or barbiturates is proposed. Based on preliminary analyses, results also direct toward the effectiveness and safety of combining dexmedetomidine and magnesium sulfate, promising therapeutic options, in reducing the duration of DT symptoms. This study emphasizes the need for more future research on the topic, to refine the clinical approach in managing DT.

KEYWORDS: Alcohol withdrawal; pharmacotherapy; withdrawal syndrome.

INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas é uma prática enraizada na história do Brasil. Notavelmente, entre os homens, a faixa etária mais impactada é a de 25 a 34 anos, enquanto entre as mulheres, o grupo mais vulnerável situa-se entre 18 e 24 anos. Além disso, esse padrão de consumo abusivo está se tornando mais prevalente, atingindo diversas camadas sociais do país, principalmente entre jovens, compreendendo indivíduos de 14 a 18 anos (Queiroz *et al.*, 2021).

No Brasil, 17,9% da população adulta enfrenta um consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Em 2017, a ingestão dessas substâncias contribuiu para 1,4% do total de óbitos registrados no país. Embora os homens se destaquem como o grupo mais propenso ao consumo de álcool, é notável que o percentual de mulheres que já experimentaram tal substância ao menos uma vez na vida está em ascensão, superando o crescimento observado entre os homens (Brasil, 2022).

O etanol, molécula fundamental na composição química do álcool, pode desencadear alterações neuroquímicas, principalmente no encéfalo. Essa substância exerce uma influência significativa na homeostase dos neurotransmissores cerebrais. Especificamente, o álcool afeta o sistema gabaérgico, resultando em uma mudança no equilíbrio entre

ácido γ -aminobutírico (GABA) e glutamato. No uso crônico do álcool, o desequilíbrio na concentração desses neurotransmissores desencadeia um processo adaptativo, no qual os níveis de glutamato no corpo tendem a aumentar (Teixeira, 2021).

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) ocorre como uma reação à cessação ou redução da ingestão de álcool após um período prolongado de uso intenso. Os distúrbios mais frequentes incluem hiperatividade autonômica (como taquicardia e sudorese), tremores, insônia, náusea ou vômito, agitação, ansiedade e alucinações (visuais, táteis ou auditivas). Suas manifestações clínicas mais graves são o Delirium Tremens (DT) e as convulsões de abstinência alcoólica. Os sintomas de SAA emergem, em geral, dentro de 6 a 24 horas após a última ingestão de álcool (exceto as manifestações graves, que aparecem entre 24 e 72 horas) (Bayard *et al.*, 2004).

O álcool age como um depressor do Sistema Nervoso Central (SNC), amplificando a liberação de ácido γ -aminobutírico (GABA) no cérebro e influenciando os receptores GABA tipo A (GABA A), ao mesmo tempo que inibe a atividade do receptor de glutamato N-metil-D-aspartato (NMDA) pós-sináptico. Com a exposição prolongada ao álcool, ocorre regulação negativa dos receptores GABA A e regulação positiva dos receptores NMDA e do sistema glutamatérgico. Quando há queda abrupta nos níveis séricos de álcool, promove-se, portanto, excitação mediada pelo glutamato, o que resulta em excitação do SNC e hiperatividade autonômica, podendo levar aos sintomas da SAA (Day; Daly, 2022).

O DT é uma sequência grave da SAA, caracterizado por um estado flutuante de confusão aguda, alucinações e alterações autonômicas severas (como hipertensão e taquicardia). Geralmente se inicia cerca de três dias após o aparecimento dos sintomas de abstinência alcoólica e dura de um a oito dias. O DT é um distúrbio flutuante de atenção e cognição de início rápido, que ocorre em 3 a 5% dos pacientes hospitalizados por SAA e possui taxa de mortalidade de 5 a 10% (Schuckit, 2014; Tiglaio; Meisenheimer, 2021).

O tratamento do DT é um tópico altamente debatido no campo médico devido às suas controvérsias. As diretrizes atuais endossam o uso de benzodiazepínicos como terapia padrão, mas a dosagem, a duração do tratamento e a abordagem - seja fixa ou sintomática - permanecem como questões de debate. Além disso, a eficácia das terapias adjuvantes, como os antipsicóticos e os beta-bloqueadores, é uma área de pesquisa em curso, deixando muitas áreas do tratamento do DT mal compreendidas (Sachdeva; Chandra; Deshpande, 2014).

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo revisar, de forma narrativa, as recomendações atuais da literatura científica acerca do tratamento farmacológico do Delirium Tremens: medicamentos utilizados, dosagem, duração do tratamento e abordagem. Tal revisão pode embasar novas pesquisas e maior difusão à comunidade médica sobre as opções terapêuticas mais eficazes, além de evidenciar as principais lacunas no manejo do DT.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente revisão narrativa de literatura (RNL) possui caráter amplo e se propõe a abordar e descrever a seguinte questão orientadora: “O que a literatura médica dos últimos 10 anos discorre a respeito do tratamento farmacológico do Delirium Tremens?”.

Para a seleção das produções científicas, a fim de elucidar a questão norteadora, foi conduzida uma pesquisa no conjunto de base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados MEDLINE (PubMed), utilizando as palavras-chave: “Delirium Tremens”, “Alcohol withdrawal”, “Treatment” e “Management”.

Posteriormente, procedeu-se à leitura dos resumos dos artigos a fim de incluir aqueles que apresentassem relevância ou tratamento direto do tema em questão. Foram considerados artigos publicados nos últimos dez anos, abrangendo o período de 2014 a 2023. Os trabalhos com data de publicação anterior a 2014 foram analisados quanto à data de atualização e/ou verificação - os que estavam dentro do período estabelecido foram incluídos. Os tipos de estudos considerados como critérios de inclusão foram: *guidelines* e estudos observacionais, desde que estivessem disponíveis no idioma inglês.

Na etapa subsequente, procedeu-se à leitura completa dos artigos, visando a exclusão daqueles que não guardavam pertinência ou não abordavam diretamente o tema em questão. Adicionalmente, foram descartados os artigos cuja data de publicação/atualização ultrapassava o período de dez anos.

Na etapa final, quatro artigos foram selecionados para análise. Esta avaliação foi conduzida utilizando a técnica de análise temática proposta por Minayo (2007). O método foi aplicado em três fases distintas: a pré-análise, na qual os dados foram organizados; a exploração do material, na qual os dados foram agrupados em categorias; e o tratamento e interpretação dos resultados. Essas escolhas foram feitas em consonância com a questão orientadora e em conformidade com o critério de data de publicação previamente estabelecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1, encontra-se a descrição dos trabalhos incluídos, incluindo o título da diretriz/artigo e seus objetivos. Essa apresentação proporciona uma visão abrangente dos artigos selecionados para este estudo.

TÍTULO	OBJETIVOS
NICE (UK, 2010) – <i>Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications.</i>	Fornecer recomendações sobre a gestão da abstinência aguda do álcool e o tratamento de condições relacionadas.
ASAM (Alvanzo, 2020) – <i>The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management.</i>	Orientar o manejo da abstinência alcoólica em ambientes ambulatoriais e hospitalares.
WFSBP (Soyka et al., 2016) – <i>Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: Alcoholism, first revision.</i>	Apresentar estratégias para tratar o Delirium Tremens, utilizando principalmente medicamentos sedativos-hipnóticos.
Havrylov; Gomon; Terekhovskiy, 2022 – <i>Use of a combination of dexmedetomidine and magnesium sulfate as a multimodal approach to the treatment of alcoholic delirium.</i>	Avaliar novas abordagens (dexmedetomidina e sulfato de magnésio) no tratamento do Delirium Tremens.

Quadro 1 – Caracterização da literatura selecionada

Fonte: próprio dos autores (2023).

Com base na análise dos três *guidelines*, foi construído o Quadro 2, que resume as recomendações para a farmacoterapia do DT até o presente momento, incluindo as opções terapêuticas de primeira linha de tratamento, opções alternativas e opções complementares à terapia inicial.

GUIDELINE	TRATAMENTO INICIAL PREFERENCIAL	OPÇÕES ALTERNATIVAS	OPÇÕES COMPLEMENTARES
NICE (UK, 2010, revisto em 2017)	Lorazepam oral	Lorazepam injetável, haloperidol	
ASAM (Alvanzo, 2020)	Benzodiazepínicos por via intravenosa e infusão intermitente	Barbitúricos	Fenobarbital, antipsicóticos
WFSBP (Soyka et al., 2016)	Diazepam por via intravenosa	Ácido gama-hidroxibutírico (GHB), carbamazepina	Antipsicóticos (haloperidol, principalmente); pentobarbital; propofol

Quadro 2 – Resumo do tratamento recomendado para o Delirium Tremens, de acordo com os *guidelines* selecionados

Fonte: próprio dos autores (2023).

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE):

O *guideline* produzido pelo NICE (UK, 2010) é um guia que abrange os cuidados para adultos e jovens (a partir de 10 anos de idade) com problemas de saúde física total ou parcialmente causados por transtornos relacionados ao uso de álcool. Ele fornece recomendações sobre a gestão da abstinência aguda do álcool e o tratamento de condições relacionadas. Essa diretriz passou por uma atualização em abril de 2017 e foi verificada em janeiro de 2019.

A abordagem do DT, de acordo com as orientações do NICE, demanda uma estratégia clínica baseada, a princípio, na administração de lorazepam oral. Persistindo os sintomas, ou em casos onde a medicação oral seja recusada, há como alternativas recomendadas: lorazepam injetável ou haloperidol. Em abril de 2017, ambas as opções envolviam um uso off-label, ou seja, uma utilização destes medicamentos para condições que não estão especificadas nas aprovações formais. Caso o DT se manifeste em um paciente já em tratamento para SAA, sugere-se uma revisão do regime medicamentoso empregado na gestão da abstinência (UK, 2010).

AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE (ASAM):

O *guideline* da ASAM foi elaborado para orientar o manejo da abstinência alcoólica em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Destina-se principalmente a médicos, enfermeiros, assistentes médicos e farmacêuticos que lidam rotineiramente com a questão da dependência alcoólica. No entanto, é importante ressaltar que as orientações e recomendações desta diretriz não têm o propósito de substituir os regulamentos federais ou estaduais (Alvanzo, 2020).

De acordo com o *guideline* ASAM, sempre que possível, o início do tratamento farmacológico para o transtorno do uso de álcool (AUD) deve ocorrer simultaneamente ao manejo da abstinência alcoólica, desde que o estado cognitivo do paciente permita. Para controlar a agitação em um paciente com Delirium Tremens (DT), a primeira opção são os benzodiazepínicos - que, muitas vezes, devem ser administrados em doses mais elevadas do que o usual, a fim de manter o paciente sedado com leve sonolência. A via preferencial é a intravenosa, por infusão intermitente (a infusão contínua não tem evidência de superioridade, além de ser consideravelmente mais cara). Ademais, recomenda-se utilizar um protocolo posológico estabelecido como guia, porém individualizar a posologia de acordo com o quadro clínico do paciente (Alvanzo, 2020).

No entanto, é crucial ter cautela, pois doses que ultrapassam o limite tolerado pelo indivíduo podem resultar em depressão respiratória, hiponatremia, acidose metabólica, sedação excessiva e acúmulo de metabólitos benzodiazepínicos de ação prolongada. Em casos de pacientes delirantes por um período superior a 72 horas, é importante avaliar a possibilidade de delirium induzido por drogas e considerar a retirada de outros agentes gabaérgicos, como a gabapentina ou o carisoprodo. Caso o paciente atinja a sonolência leve e esteja calmo e cooperativo, recomenda-se alterar o tratamento intravenoso para a via oral, desencadeado por sintomas (Alvanzo, 2020).

Os barbitúricos representam uma alternativa viável aos benzodiazepínicos no tratamento do DT, mas não são preferidos aos BZDs. Além disso, tanto o fenobarbital quanto os antipsicóticos podem ser empregados como medicações adjuvantes dos BZDs, quando o DT não é controlado apenas com a monoterapia benzodiazepínica. É crucial

destacar que certos medicamentos, como os agonistas alfa2-adrenérgicos, antagonistas beta-adrenérgicos e o paraldeído, não devem ser utilizados no tratamento do DT (Alvanzo, 2020).

WORLD FEDERATION OF SOCIETIES OF BIOLOGICAL PSYCHIATRY (WFSBP):

De acordo com o *guideline* da WFSBP (Soyka *et al.*, 2016), as principais estratégias de tratamento para o DTs envolvem o uso de medicamentos sedativos-hipnóticos, especialmente os Benzodiazepínicos (BZDs), que se acredita serem mais eficazes do que os antipsicóticos na redução da duração do Delirium Tremens e do risco de mortalidade.

Os BZDs são eficazes na redução de sintomas-chave do DT, como ansiedade, agitação e sintomas de hiperatividade autonômica. Os mais recomendados para tratamento do DT são o diazepam e o lorazepam. Em relação ao BZD escolhido, a administração intravenosa de diazepam pode ser preferível. Em pacientes com insuficiência hepática ou idosos, pode ser preferível a utilização de BZDs de curta duração, como lorazepam e oxazepam (Soyka *et al.*, 2016).

A dosagem do BZD é determinada em função da gravidade do Delirium e de características individuais do paciente. Para casos graves, a administração dessas drogas deve ser realizada por via intravenosa para garantir a dosagem adequada. Estudos relataram doses iniciais que variaram de 15 a 215 mg de diazepam para alcançar a sedação adequada (Thompson; Johnson; Maddrey, 1975), mas, segundo as recomendações, o tratamento pode requerer uma dosagem extremamente alta, podendo chegar até 1000 mg por dia de equivalentes de Diazepam (Soyka *et al.*, 2016).

Existem duas abordagens principais para a administração dos BZDs: dose fixa e controle sintomático (ou sintoma-acionado). A abordagem de dose fixa envolve a administração de doses específicas de BZD em intervalos regulares, independentemente dos sintomas do paciente. Por outro lado, a abordagem de controle sintomático envolve a administração do BZD apenas quando os sintomas do paciente atingem um certo nível, determinado por avaliações clínicas regulares. Estudos recentes mostraram que a abordagem de controle sintomático do lorazepam resultou no uso de doses menores de medicamento e numa duração de tratamento mais curta do que um plano de redução fixo da droga (Soyka *et al.*, 2016).

Alguns clínicos preferem a abordagem sintomática, enquanto outros propõem o esquema de dosagem fixa com “carga” de diazepam, envolvendo a administração de 20 mg a cada hora até que os sintomas do paciente diminuam. No entanto, muitos pacientes requerem menos medicação do que isso. Outros esquemas posológicos possíveis incluem diazepam 10 mg a cada 6 horas ou lorazepam 2 mg ou clordiazepóxido 50 mg a cada 4-6 horas (Soyka *et al.*, 2016).

Apesar da eficácia dos BZDs, um fator limitante significativo é o potencial de abuso desses medicamentos. Em vista disso, medicamentos alternativos, como GABAérgicos e anticonvulsivantes, têm sido estudados. O Ácido gama-hidroxibutírico (GHB) apresentou eficácia comparável aos BZDs, assim como o Carbamazepina (CBZ). No entanto, seu uso deve ser estritamente supervisionado, devido ao seu potencial de abuso (Soyka *et al.*, 2016).

O uso de antipsicóticos, especialmente o haloperidol, pode ser recomendado em combinação com um BZD para o tratamento da agitação grave - essencial no manejo do DT -, apesar de não haver ensaios clínicos randomizados disponíveis até então (Soyka *et al.*, 2016).

Além disso, em casos em que altas doses de benzodiazepínicos não são efetivas ou quando ocorre refratariedade ao tratamento, pode-se considerar a adição de outros agentes sedativos-hipnóticos, como o pentobarbital ou o propofol. Esses medicamentos atuam em receptores diferentes, proporcionando uma abordagem alternativa para o controle do DT (Mayo-Smith *et al.*, 2004). Outra estratégia utilizada para casos de SAA resistente a BZDs é a utilização de opioides por curto prazo (Soyka *et al.*, 2016), baseada em alguns relatórios com base em séries de caso.

HAVRYLOV; GOMON; TEREKHOVSKIY, 2022:

No ensaio observacional prospectivo conduzido pela National Pirogov Memorial Medical University em Vinnytsia (Havrylov; Gomon; Terekhovskiy, 2022), oitenta pacientes, divididos em quatro grupos, foram acompanhados para avaliar distintas abordagens no tratamento do DT. O grupo controle recebeu terapia de sedação padrão com BZD (diazepam 10-20 mg a cada 4 a 6 horas). No grupo 1, o tratamento foi baseado na administração intravenosa de solução de sulfato de magnésio a 25% na dose de 50 mg/kg (a cada 8 horas), complementando a terapia de sedação padrão. No grupo 2, após uma única vez ministrada a dose de 10 a 20 mg de diazepam, foi instituída uma infusão de longo prazo de dexmedetomidina, iniciada com dose de 0,7 µg/kg/h, ajustada posteriormente de acordo com o nível de sedação conforme a Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). No grupo 3, a administração inicial de diazepam foi seguida de uma solução intravenosa de 25% de sulfato de magnésio a cada 12 horas, juntamente com uma infusão contínua de dexmedetomidina, como o esquema do grupo 2 (Havrylov; Gomon; Terekhovskiy, 2022).

Ao término do estudo, os resultados indicaram que, nos pacientes tratados com a terapia padrão (grupo 1), o tempo de duração do delírium foi consideravelmente maior (5.40 ± 1.48 dias), enquanto que a combinação de dexmedetomidina e sulfato de magnésio (grupo 3) obteve os melhores resultados em relação esse parâmetro ($1,1 \pm 0,18$ dias) (Havrylov; Gomon; Terekhovskiy, 2022).

A combinação de dexmedetomidina e sulfato de magnésio não teve efeitos adversos na hemodinâmica do paciente, além de ser segura para os rins, fígado e não causar problemas respiratórios. Ademais, no grupo 3, houve melhora nos níveis de cortisol e serotonina. Todavia, a dosagem exata de magnésio e o regime ideal para sua administração ainda são questões que requerem mais estudos (Havrylov; Gomon; Terekhovskiy, 2022).

GUIDELINE/ARTIGO	RECOMENDAÇÕES/CONCLUSÕES COMPLEMENTARES
NICE (UK, 2010, revisto em 2017)	Em caso de DT em paciente já em tratamento para SAA, sugere-se revisão do regime medicamentoso.
ASAM (Alvanzo, 2020)	Em pacientes delirantes por mais de 72 horas, deve-se avaliar a possibilidade de delirium induzido por drogas e considerar a retirada de outros agentes gabaérgicos.
WFSBP (Soyka <i>Et al.</i>, 2016)	Considerar o uso de pentobarbital ou propofol em casos de resistência ao tratamento com altas doses de benzodiazepínicos.
Havrylov; Gomon; Terekhovskiy, 2022	Combinação de dexmedetomidina e sulfato de magnésio resultou em menor duração de delirium em pacientes. A combinação mencionada foi segura para os rins, fígado e não causou problemas respiratórios em pacientes. Essa combinação também resultou em melhora nos níveis de cortisol e serotonina.

Quadro 3 – Recomendações e conclusões complementares ao tratamento do Delirium Tremens

Fonte: próprio dos autores (2023).

Com base na análise dos três *guidelines* e no estudo observacional prospectivo, foi construído o Quadro 3. Este quadro resume as conclusões complementares dos trabalhos selecionados acerca da farmacoterapia do Delirium da Abstinência Alcoólica até o presente momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise abrangente dos diferentes *guidelines*, incluindo as recomendações da WFSBP, ASAM e NICE, bem como os resultados de ensaio clínico prospectivo, nota-se uma evidente orientação para o tratamento do DT.

Os benzodiazepínicos, notadamente o diazepam e o lorazepam, são identificados como escolhas primárias e eficazes no controle dos sintomas de abstinência de álcool em vigência de DT, em conformidade com as diretrizes estabelecidas. Apesar da eficácia, os BZDs possuem alto potencial de abuso, e por conta disso, alternativas como GABAérgicos e anticonvulsivantes, como o Ácido gama-hidroxibutírico (GHB) e a Carbamazepina (CBZ) são viáveis.

Em casos onde a administração oral de medicação é recusada, a administração intravenosa de Lorazepam ou o uso de Haloperidol são considerados como opções de tratamento. Além disso, em situações onde doses elevadas de benzodiazepínicos não surtem efeito ou quando há resistência ao tratamento, a adição de fármacos como pentobarbital ou propofol pode ser uma estratégia a considerar na terapia inicial.

Além disso, estudos recentes, como o ensaio observacional prospectivo conduzido pela National Pirogov Memorial Medical University, indicam que abordagens inovadoras, como a combinação de dexmedetomidina e sulfato de magnésio, podem oferecer benefícios significativos na redução da duração do DT, sem comprometer a segurança dos pacientes.

A evolução do conhecimento e a condução de futuras pesquisas podem fornecer percepções adicionais, refinando ainda mais a abordagem clínica para otimizar os resultados e a segurança dos pacientes afetados pelo DT. Espera-se que este artigo possa servir de subsídio para futuras pesquisas e como forma de atualização para profissionais de saúde acerca do manejo dessa patologia.

REFERÊNCIAS

ALVANZO, Anika *et al.* The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. **Journal of Addiction Medicine**, v. 14, n. 35, p. 1-72, 2020.

BAYARD, Max *et al.* Alcohol withdrawal syndrome. **American family physician**, v. 69, n. 6, p. 1443-1450, 2004.

BRAMNESS, Jørgen G. *et al.* History of delirium tremens in AUD patients in treatment: relationship to AUD Severity and other factors. **Substance Abuse and Rehabilitation**, p. 65-72, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consumo abusivo de álcool aumenta 42,9% entre as mulheres**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/julho/consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres>. Acesso em: 12 out. 2023.

DAY, Ed; DALY, Chris. Clinical management of the alcohol withdrawal syndrome. **Addiction**, v. 117, n. 3, p. 804-814, 2022.

HAVRYLOV, Oleksii; GOMON, Mykola; TEREKHOVSKYI, Anatolii. Use of a combination of dexmedetomidine and magnesium sulfate as a multimodal approach to the treatment of alcoholic delirium. **Anaesthesiology Intensive Therapy**, v. 54, n. 5, p. 365-368, 2022.

MAYO-SMITH, Michael F. *et al.* Management of alcohol withdrawal delirium: an evidence-based practice guideline. **Archives of internal medicine**, v. 164, n. 13, p. 1405-1412, 2004.

MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: **Hucitec**, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413-81232007000400030. Acesso em: 09 out. 2023.

PRIBEK, Ildiko Katalin *et al.* Evaluation of the course and treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol—Revised: A systematic review-based meta-analysis. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 220, p. 108536, 2021.

QUEIROZ, Daniel da Rocha *et al.* Consumo de álcool e drogas ilícitas e envolvimento de adolescentes em violência física em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

SACHDEVA, Ankur; CHANDRA, Mina; DESHPANDE, Smita N. A comparative study of fixed tapering dose regimen versus symptom-triggered regimen of lorazepam for alcohol detoxification. **Alcohol and Alcoholism**, v. 49, n. 3, p. 287-291, 2014.

SCHUCKIT, Marc A. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). **New England Journal of Medicine**, v. 371, n. 22, p. 2109-2113, 2014.

SOYKA, Michael *et al.* Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: Alcoholism, first revision. **The World Journal of Biological Psychiatry**, v. 18, n. 2, p. 86-119, 2017.

TEIXEIRA, Joana. Tratamento farmacológico da síndrome de abstinência alcoólica. **Acta Médica Portuguesa**, v. 35, n. 4, p. 286-293, 2022.

THOMPSON, W. Leigh; JOHNSON, Allen D.; MADDREY, Willis L. Diazepam and paraldehyde for treatment of severe delirium tremens: A controlled trial. **Annals of Internal Medicine**, v. 82, n. 2, p. 175-180, 1975.

TIGLAO, Samuel M.; MEISENHEIMER, Erica S.; OH, Robert C. Alcohol withdrawal syndrome: outpatient management. **American family physician**, v. 104, n. 2, p. 253-262, 2021.

UK. National Institute for Health and Care Excellence. **Alcohol-use disorders**: diagnosis and management of physical complications. 2010. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>. Acesso em: 12 out. 2023.