



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE CRISES CONVULSIVAS

MÓDULO 19



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – ***Fernando de
Carvalho Silva***

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE CRISES CONVULSIVAS

UNIDADE - 04

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

Revisão Ortográfica:

João Carlos Raposo Moreira

Revisão Técnica:

Fabício Silva Pessoa

Leonardo Savassi

Mariana Borges Dias

Revisão Didático-Pedagógica:

Deborah de Castro e Lima Baesse

Paola Trindade Garcia

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva

(CRB 13ª Região Nº Registro – 453)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Avaliação e manejo domiciliar de crises convulsivas/ Guilherme Emanuel Bruning; Mauro Binz Kalil; Sati Jaber Mahmud (Org.). - São Luís, 2014.

18f. : il.

1. Convulsão. 2. Crises convulsivas. 3. Excitação motora. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Título

CDU 616.8-009.24

SUMÁRIO

UNIDADE 4	6
1 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE CRISES	
CONVULSIVAS	6
1.1 O que é	6
1.2 Como avaliar	6
1.3 Como diagnosticar	10
1.4 Como manejar	12
1.5 Quando referenciar	16
REFERÊNCIAS	17

UNIDADE 4

1 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE CRISES CONVULSIVAS

1.1 O que é

A crise convulsiva caracteriza-se por uma alteração paroxística de função cerebral, resultante de descargas elétricas anormais dos neurônios (BRASIL, 2013; PRUITT, 2006). Clinicamente, pode se manifestar de várias formas: alteração ou perda de consciência, atividade motora anormal, alterações comportamentais, distúrbios sensoriais, manifestações autonômicas ou outras, de acordo com a área do cérebro afetada (SAVASSI, 2012; MONTE et al., 2013).

VALE LEMBRAR

A convulsão é a forma mais frequente de manifestação da epilepsia. Entretanto, a ocorrência de uma crise convulsiva isolada não caracteriza a epilepsia (BRASIL, 2013). Epilepsia é uma síndrome clínica que se caracteriza por distúrbios epilépticos recorrentes, dos quais fazem parte as convulsões, dentre outras manifestações (SAVASSI, 2012; BRASIL, 2013).

1.2 Como avaliar

A Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE) criou a Classificação Internacional das Crises Epilépticas em 1981, com atualização no ano de 2010, e auxilia no reconhecimento do tipo

de crise convulsiva apresentada, conforme Monte et al. (2013) e Berg et al. (2010) (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação das crises convulsivas.

Classificação ILAE	Características das crises	Tipos de crises
Crises focais	<p>-Sem comprometimento de consciência: Inicia-se focalmente em alguma região cerebral, sem perturbação de consciência. Com componentes observáveis motores ou autonômicos.</p> <p>-Com comprometimento de consciência: Início em região focal do cérebro, mas envolvem perturbação de consciência, que pode ser incompleta - paciente pode até prosseguir com sua atividade, o que torna difícil o reconhecimento da crise pelas pessoas que o cercam. Paciente tem distúrbio de contato com a realidade que o cerca, não perdendo totalmente a consciência, mas geralmente perdendo o registro da memória.</p> <p>-Evoluindo para uma crise convulsiva bilateral: Iniciam de modo parcial, sofrendo generalização após o seu início, evoluindo para crise tônica, clônica ou tônico-clônica.</p>	<p>-Sem comprometimento de consciência: Com sinais motores; Com sintomas somatosensoriais; Com sinais ou sintomas autonômicos; Com sintomas psíquicos.</p> <p>- Com comprometimento de consciência: Com início parcial simples ("aura") seguido de perturbações de consciência; Com perturbação imediata de consciência.</p>

Crises generalizadas desde o início	Início de modo simultâneo nos dois hemisférios cerebrais, com perda de consciência (total ou incompleta).	Tônico-clônicas (mais comuns); Crises de ausência típica; Crises de ausência atípica; Crises mioclônicas; Crises tônicas; Crises clônicas; Crises atônicas e acinéticas.
Crises difusas: espasmos infantis	Contrações repentinas, bilaterais e simétricas, dos músculos do pescoço, cabeça, tronco e membros. Ocorrem em séries de até várias dezenas.	

Fonte: BERG, A. T. et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. **Epilepsia**, v. 51, n. 4, p. 676-685, 2010.

Em pessoas com mais de 30 anos de idade, particularmente na população idosa, a probabilidade de uma crise convulsiva é mais elevada, especialmente um primeiro episódio pode ter uma causa secundária subjacente (PRUITT, 2006). Crises secundárias a um distúrbio ou patologia conhecida (ou presumida) são chamadas de sintomáticas (MONTE et al., 2013).

Uma causa identificável para convulsão pode ser encontrada em 20 a 40% da população. O restante dos casos poderá ficar sem diagnóstico etiológico e será considerado como idiopático (casos de origem genética e que na maioria das vezes se iniciam na infância) ou criptogênico (provavelmente sintomáticas, entretanto, sua etiologia não se pode identificar). As crises epiléticas também podem se manifestar como consequência de insultos cerebrais metabólicos, traumáticos, tóxicos, infecciosos ou vasculares, sendo chamadas de crises epiléticas reativas (MONTE et al., 2013). As causas secundárias mais comuns de convulsões podem estar relacionadas à faixa etária:

- entre 0 e 14 anos: malformações corticais, infecção de SNC e trauma crânio-encefálico (TCE); - entre 15 e 45 anos: drogas (usualmente abstinência alcoólica), neoplasias de SNC e TCE; - acima dos 45 anos: neoplasias de SNC, trauma e doença cerebrovascular (MONTE et al., 2013; PRUITT, 2006).

O quadro 2 mostra uma listagem dos diagnósticos etiológicos possíveis para convulsões (MONTE et al., 2013; BRASIL, 2013).

Quadro 2 - Causas de crises convulsivas.

Causa	Diagnósticos possíveis
Infecções	<ul style="list-style-type: none">- meningites bacterianas e virais;- sepse.
Distúrbios metabólicos	<ul style="list-style-type: none">- uremia;- insuficiência hepática;- hipoglicemia ou hiperglicemia;- hipertireoidismo;- hipoparatiroidismo;- hipocalcemia;- hiponatremia e hipernatremia;- hipomagnesemia;- insuficiência adrenal;- intoxicação hídrica ou desidratação.
Distúrbios circulatórios	<ul style="list-style-type: none">- encefalopatia hipertensiva;- eclampsia;- glomerulonefrite difusa aguda;- acidente vascular encefálico (AVE);- hemorragia intracraniana;- hipóxia cerebral.
Estruturais do SNC	<ul style="list-style-type: none">- neoplasias do SNC;- epilepsia;- doenças degenerativas do SNC (demências e outras).

Medicamentos/intoxicações	<ul style="list-style-type: none">- anfetaminas;- antidepressivos;- salicilatos;- pesticidas;- hidrocarbonetos;- metais;- cânfora;- fenotiazidas;- clozapina;- penicilina;- betalactâmicos;- teofilina;- quinolonas;- escorpionismo.
Drogas	<ul style="list-style-type: none">- abstinência de álcool ou outras drogas;- cocaína.

1.3 Como diagnosticar

O primeiro passo é identificar se a crise relatada pela pessoa ou familiares é realmente convulsiva. A coleta de informações subjetivas com o usuário do serviço e familiares é fundamental para este esclarecimento. Informações obtidas com testemunhas oculares das crises também são de grande valia. Testemunhas podem imitar a crise presenciada através de mímica. Conforme afirmam Monte et al. (2013), Brasil (2013) e Pruitt (2006), algumas situações se confundem com crise convulsiva no adulto, a saber:

síncope: cardíaca (arritmias, fibrilação atrial), vaso-vagal, ortostática (hipotensão medicamentosa), hipovolêmica;

isquemia vertebrobasilar;

metabólica: hipoglicemia, hipercapnia-anoxia, acidose;

tóxica: intoxicação por álcool, envenenamento;

crises psicogênicas: pânico, simulação, conversiva, descontrole emocional;

episódios isquêmicos transitórios;

enxaqueca;

vertigem;

amnésia global transitória;

crise de desorientação e confusão do idoso.

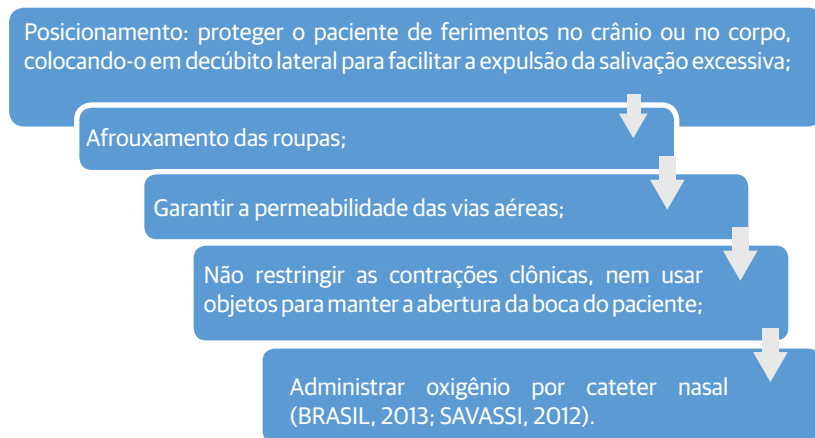
É importante investigar se o usuário do serviço de AD é sabidamente epilético (histórico de crises repetidas e de padrão semelhante ou diagnóstico já firmado anteriormente), já que essa informação trará repercussões no manejo clínico do paciente. Depois de excluídas crises não epiléticas e epilepsia prévia, e a partir da anamnese cuidadosa associada a um bom exame físico, os membros da equipe de AD deverão buscar sinais e sintomas que possam sugerir alguma causa secundária para a crise convulsiva (PRUITT, 2006).

Para investigação de causas secundárias existem exames complementares que devem ser solicitados pela equipe de Atenção Domiciliar com base em suspeita diagnóstica, acessibilidade,

benefícios e riscos para o paciente. Podem ser realizados, de acordo com as peculiaridades e necessidades de cada caso: exames de imagem (usualmente tomografia computadorizada ou ressonância magnética), perfil metabólico (glicemia, TSH, função renal, função hepática, eletrólitos etc.), punção lombar e níveis séricos de drogas e medicamentos (NICE, 2012; PRUITT, 2006). Para isso, identifique os locais de referência na sua região onde o usuário do serviço de AD possa realizar um desses exames complementares.

1.4 Como manejar

Uma vez confirmada uma crise convulsiva generalizada, na presença da equipe de Atenção Domiciliar, deve-se proceder da seguinte maneira:



Os cuidadores de um paciente em risco de apresentar crise epiléptica podem ser orientados sobre o posicionamento

e medidas de conforto (citadas acima) em caso de crise na presença de familiares. A equipe de Atenção Domiciliar deve ser imediatamente contactada. Se a crise durar mais do que cinco minutos continuamente, os cuidadores devem ser orientados a contactar imediatamente um serviço de atendimento a urgências e emergências (como SAMU, por exemplo).

Grande parte das crises epilépticas são autolimitadas. Em casos em que a crise epiléptica durar mais do que cinco minutos continuamente, está indicada a terapia medicamentosa com finalidade de controlar a crise:

A primeira escolha em adultos é a administração intravenosa (IV) de diazepam 5 a 10 mg ou 0,25 mg/kg, seguido de fenitoína 250 mg diluídas em solução salina (não diluir em solução glicosada). O midazolam pode ser uma alternativa, na dose de 0,05 a 0,2 mg/kg intravenoso ou 10 mg intramuscular.

Se não houver possibilidade de acesso venoso, pode-se utilizar o midazolam 10 mg por via oral ou diazepam 10 a 20 mg por via retal, seguido de ácido valpróico 20 mg/kg (diluído em solução salina 1:1) por via retal.

Se houver sinais de abuso de álcool ou desnutrição importante, administrar preferencialmente o diazepam 5 a 10 mg IV, além de 50 ml de solução glicosada a 50% e tiamina 250 mg IV. A administração de tiamina associada à glicose previne a encefalopatia de Wernicke (SAVASSI, 2012; MONTE et al., 2013; NICE, 2012).

FIQUE ATENTO!

Verifique a disponibilidade dessas medicações na farmácia básica de do município onde você atua!

Controlada a crise, a equipe de Atenção Domiciliar deve tentar identificar a causa subjacente da convulsão, utilizando

anamnese, exame físico e exames complementares. Uma vez identificada a provável causa, ela deverá ser tratada, evitando novas crises convulsivas. O tratamento medicamentoso com anticonvulsivantes objetiva melhora da qualidade de vida e controle das crises epiléticas. O tratamento deverá ser iniciado nos seguintes casos:

1. Em pessoas com algum problema orgânico permanente que curse com crises convulsivas e que não possa ser removido (caso de acidentes vasculares encefálicos, neoplasias cerebrais e traumas com danos permanentes).
2. Iniciar o tratamento medicamentoso após uma primeira crise convulsiva não provocada, se não houver uma causa secundária identificável e potencialmente tratável, **sobretudo em pacientes que tenham déficits neurológicos e eletroencefalograma anormal** (GLAUSER et al., 2006).
3. Após a segunda crise convulsiva não provocada, o consenso indica iniciar o medicamento anticonvulsivante (MONTE et al., 2013; PRUITT, 2006).

De acordo com Monte et al. (2013), Pruitt (2006) e Nice (2012), a correta identificação do tipo de crise permite a melhor escolha do medicamento anticonvulsivante (Quadro 3).

Quadro 3 - Escolha medicamentosa de acordo com o tipo de crise convulsiva.

Tipo de crise	Primeira escolha	Segunda escolha
Parciais - simples e complexas; secundariamente generalizadas	Carbamazepina Fenitoína Ácido valpróico	Fenobarbital Primidona Clobazam Topiramato Gabapentina Oxcarbazepina Lamotrigina

Crises generalizadas - ausência	Ácido valpróico Etossuximida	Lamotrigina Clonazepam Topiramato
Crises generalizadas mioclônicas, tônicas ou clônicas	Ácido valpróico	Lamotrigina Clonazepam
Crises generalizadas tônico-clônicas	Carbamazepina Fenitoína Ácido valpróico	Fenobarbital Lamotrigina

A escolha do medicamento também deve levar em consideração efeitos adversos, tolerabilidade individual, facilidade de administração e custo de tratamento. As doses iniciais devem ser pequenas, sendo aumentadas em poucas semanas até atingir a dose mínima eficaz diária. Se houver persistência das crises, a dose deverá ser aumentada. Se, mesmo com doses máximas de monoterapia, o controle não for atingido, o fármaco deverá ser substituído por outro de primeira ou segunda escolha (SAVASSI, 2012; NICE, 2012).

VALE REFLETIR!

Discuta, juntamente com o profissional responsável pela prescrição medicamentosa, quem será o corresponsável pela administração do medicamento. Isso será fundamental para indicar qual via de condução de medicação será escolhida.

A monoterapia deve ser o objetivo do tratamento. Entretanto, em casos refratários, pode ser necessária a associação de fármacos. Associações possíveis e que demonstram boa eficácia, incluem: carbamazepina e ácido valpróico, ácido valpróico e

etossuximida, ácido valpróico e lamotrigina. A verificação de concentração plasmática dos fármacos é indicada quando há persistência das crises com dose elevada de medicamentos ou politerapia, paraefeitos dose-dependentes, suspeita de baixa adesão ao tratamento como causa de crises não controladas e gestação (ELGER; FERNÁNDEZ, 1999).

1.5 Quando referenciar

O Ministério da Saúde assegura que algumas indicações de encaminhamento aos serviços de urgência tornam-se necessárias, quando:

- [...] as medidas para controle da crise aguda não puderem ser realizadas por qualquer motivo ou forem ineficazes;
- [...] houver sinais de traumatismo crânio-encefálico, infecção do sistema nervoso central ou alterações no exame neurológico;
- [...] após a crise, permanecerem alterações no exame neurológico, torpor, cianose e hipoventilação.
- estado de mal epiléptico (30 minutos ou mais de crise contínua ou repetidas, sem recuperação de consciência entre elas), que é uma condição gravíssima, com indicação de hospitalização em Centro de Terapia Intensiva (BRASIL, 2013).

Nos casos em que o Serviço de Atenção Domiciliar não tiver o devido suporte para investigação complementar em domicílio, ou, ainda, quando as crises forem repetidas mesmo com instituição de manejo medicamentoso correto, convém referenciamento eletivo para avaliação por um neurologista.

REFERÊNCIAS

BERG, A. T. et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. **Epilepsia**, v. 51, n. 4, p. 676-685, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. v. 2. 205 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2013.

ELGER, C. E.; FERNÁNDEZ, G. Options after the first antiepileptic drug has failed. **Epilepsia**, n. 40, supl. 6, p. S9-12, 1999.

GLAUSER, T. et al. ILAE treatment guidelines: evidence based analysis of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. **Epilepsia**, v. 47, n. 7, p. 1094-1120, 2006.

MONTE, T. L. et al. Epilepsia. In: DUNCAN, Bruce B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1058-1070.

NICE. **The epilepsies**: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. London: NICE, 2012.

PRUITT, A. A. Approach to the patient with a seizure. In: GOROLL, Allan H.; MULLEY, Albert G. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006. p. 1112.

SAVASSI, L. C. M. Convulsões e epilepsia. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 1829-1844.