



Telessaúde
UFSC



apresentam

DIAGNÓSTICO E MANEJO DA EPILEPSIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cláudia Azibeiro Pomar

Por que falar disso?

Estima-se uma prevalência mundial de epilepsia entre 0,5% a 1,0% da população, o que se traduz em um número absoluto de aproximadamente 65 milhões de pessoas.

No Brasil, a prevalência é de 1,8%, equivalendo a um total de 4 milhões de brasileiros e 150.000 casos novos diagnosticados a cada ano.

Importância da APS

O tratamento inadequado ou ausente, pode atingir 80% do total de pacientes no Brasil, sendo imprescindível, portanto, o papel da atenção primária em saúde (APS) para **ampliar o acesso** e melhorar o cuidado dessa condição.

Definições

Diferentes definições enfatizam diferentes características de uma crise epiléptica: natureza do início e término, manifestações clínicas, etiologia, classificação e diagnóstico.

“Variedade de distúrbios que refletem a disfunção cerebral subjacente, pode resultar de muitas causas diferentes” (...) caracterizadas por uma atividade elétrica exagerada do parênquima cerebral, denominadas crises epilépticas espontâneas.

*A ILAE, através de sua Comissão para Classificação e Terminologia, propôs uma nova classificação das crises epilépticas, após encontro realizado em setembro de 2015.

Como diagnosticar as epilepsias na APS?

Nem toda convulsão é EPILEPSIA



Uma crise é definida como “*a presença de sinais e/ou sintomas transitórios resultantes de uma atividade neuronal síncrona e excessiva*”.

A primeira tarefa do clínico é avaliar se um evento tem as características de uma crise epiléptica ou de um dos seus muitos imitadores.

Nem toda crise de EPILEPSIA parece uma convulsão



Fonte: <https://www.ocirculosaude.com.br/>

O termo “convulsão” é um termo popular, ambíguo e oficioso usado para significar uma atividade motora exuberante durante a crise.

Essa atividade pode ser tônica, clônica, mioclônica ou tônico-clônica.

O componente motor não é claro.

A palavra “convulsão” não faz parte da classificação das crises de 2017, mas permanecerá no uso popular.

Diagnóstico

Pode ser estabelecido clinicamente quando houver recorrência de crises epiléticas não provocadas em pessoa sem fatores desencadeantes agudos ou potencialmente reversíveis como febre, intoxicações e acidente vascular cerebral



Fonte: institutobrasilcannabis.org

Diagnóstico

O diagnóstico de epilepsia pode ser estabelecido clinicamente quando houver recorrência de crises epiléticas em pessoas sem fatores desencadeantes agudos ou potencialmente reversíveis como febre, intoxicações e acidente vascular cerebral.

Identificar características do episódio paroxístico (sintomas prodrômicos, sinais e sintomas iniciais, alteração de consciência, sintomas pós-evento, uso de medicamentos).

Ante um episódio de alteração de consciência, algumas características aumentam a probabilidade de se tratar de uma crise epilética real...

História Clínica

- Uso de medicações, sintomas prévios, trauma, uso de álcool...
(Preferencialmente confirmada por alguém que presenciou o evento)
- Alteração de consciência
- Desvio cefálico lateral persistente durante a crise
- Posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise
- Contração muscular prolongada de membros (atentar que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares de curta duração)
- Presença de língua mordida
- Confusão mental prolongada após a crise (pós-ictal)

Exame Neurológico

- Identificar suspeita de infecção do SNC ou possibilidade de AVC
- Atentar para anormalidades como perda de força, hiperreflexia ou presença de sinal de Babinski (que pode sugerir lesão encefálica contralateral)
 - Pupilas
 - Reflexos
 - Força Muscular
 - Glasgow

Quadro 4. Principais etiologias das epilepsias.

Etiologia	Principais causas
Estrutural	Lesões isquêmicas, trauma, neoplasias cerebrais, anomalias vasculares, malformações do desenvolvimento cortical, esclerose mesial temporal
Genética	EMJ, ELF, EAI, SD
Infecciosa	Neurocisticercose, neurotuberculose, neuroinfecção por HIV, infecção congênita por citomegalovírus, meningites
Metabólica	Uremia, porfiria, aminoacidopatias
Imunológica	Encefalite límbica autoimune; Encefalopatia de Hashimoto; Encefalite autoimune anti-NMDA

Siglas: EMJ = Epilepsia mioclônica juvenil; ELF = Epilepsia noturna familiar do lobo frontal; EAI = Epilepsia ausência da infância; SD = Síndrome de Dravet; HIV = Vírus da imunodeficiência humana; NMDA = N-metil-D-aspartato.

Fonte: Adaptado de Fisher et al, 2017².

Quadro 2. Diagnósticos diferenciais das crises epiléticas e sua prevalência.

Causas	Principais exemplos
Síncope (52,4%)	Cardiogênicas, vasovagais
Psicogênicas (34,7%)	Transtorno conversivo, crises de pânico
Neuropsiquiáticas (3,2%)	Transtorno do espectro autista, deficiência cognitiva, distúrbios do aprendizado
Distúrbios do movimento (2,4%)	Coreia, balismo, discinesias paroxísticas, distonia, mioclonia, hemiplegia, tremores, coreoatetose
Cefaleias (2,2%)	Migrânea com aura
Distúrbios do sono (1,3%)	Narcolepsia, terror noturno, apnéia do sono, sonambulismo, parassonia
Quadros confusionais agudos e amnésicos (0,8%)	Delirium, quadros demenciais, confusão mental pós-trauma
Cerebrovasculares (0,7%)	Acidente vascular encefálico, acidente isquêmico transitório

Fonte: Adaptado de Xu et al, 2016¹⁰.

Fonte: Bastian JC et al, 2021

Crise Não Epiléptica Psicogênica (CNEP)

Reação de base psicogênica, inconsciente, em pessoas com transtornos dissociativos ou de personalidade

Mulheres jovens (70% dos casos), na presença de “audiência” e são desencadeadas por estresse emocional (10-20% dos pacientes encaminhados como “refratárias” tem CNEP isolado ou associado a epilepsia)

Crise Não Epiléptica Psicogênica (CNEP)

1. Início e término gradual
2. Longa duração da crise (mais de 2 minutos, geralmente 5 a 10 minutos)
3. Crise induzida por sugestão ou estresse
4. Atividade motora não coordenada, fora de fase ou com movimentos de bascula de quadril
5. Progressão não fisiológica, sem comprometimento musculatura facial, descontínua e flutuante
6. Olhos fechados, flutter palpebral ou resistência a abertura ocular forçada*
7. A movimentação é modificada pela ação do examinador*
8. Choro durante ou após a crise
9. Consciência preservada (“ouve longe”, “não consegue falar”, “sente que está distante”) durante e imediatamente após o término da crise*

* mais relevantes

Crise Não Epiléptica Psicogênica (CNEP)

O padrão-ouro para confirmação diagnóstica de CNEP é o registro vídeo-eletroencefalográfico dos eventos

Quando encaminhar?

Para reforçar a **impressão diagnóstica e qualificar o encaminhamento** para o serviço especializado, o médico da APS deve:

- Determinar as características do evento paroxístico e considerar outras causas (Ex.: síncope e crises não epiléticas psicogênicas)
- Reconhecer situações desencadeadoras de crises epiléticas agudas e potencialmente reversíveis
- Fazer avaliação inicial das principais causas de epilepsia e iniciar o tratamento, se indicado, enquanto aguarda avaliação com serviço especializado

Em casos de emergência, a avaliação e o manejo são feitos simultaneamente!

1. A pessoa está em convulsão ou inconsciente

Medir:

- Pressão arterial, temperatura e frequência respiratória.

Investigar:

- Sinais de trauma craniano ou de coluna.
- Pupilas: dilatadas ou puntiformes? Assimétricas? Não reativas à luz?
- Sinais de meningite ou infecção sistêmica.
- Déficits focais.

Perguntar sobre:

- Caso inconsciente, pergunte ao acompanhante: “teve uma convulsão recente?”
- Duração da alteração da consciência/convulsão.
- Número de convulsões.
- História de trauma craniano ou de pescoço
- Outros problemas médicos, medicação ou intoxicação (exemplo: organofosforado), uso de outras substâncias (estimulantes, benzodiazepínicos e álcool), abstinência de álcool, diabetes.
- História de epilepsia.

SIM

Em todos os casos.

- Verifique vias aéreas, respiração e circulação.
- Proteja a pessoa de ferimentos: certifique que esteja em lugar seguro, longe do fogo e outras coisas que podem machucá-la.
- **NÃO** deixe a pessoa sozinha. Peça ajuda, se necessário.
- Posicione a pessoa de lado para prevenir aspiração.
- **NÃO** coloque nada na boca da pessoa.

SIM

Se estiver tendo convulsão.

- Ministre solução salina fisiológica intravenosa (I.V.) a 30 gotas/minuto.
- Dê glicose I.V. (50 ml de glicose 50% no adulto; 2-5 ml/kg de glicose 10% em crianças), ressalva em pacientes alcoolistas ou desnutridos.
- Injete diazepam I.V. 10 mg lentamente (criança; 1 mg/idade ano).
- Injete diazepam retal (na mesma dose acima), se não conseguir linha venosa.
- **NÃO** dê diazepam por via intramuscular.
- Caso a convulsão continuar após 10 minutos da primeira dose de diazepam, dê a segunda dose na mesma dosagem.
- **ENCAMINHE A PESSOA URGENTEMENTE PARA UM HOSPITAL.**
- **NÃO** dê mais que duas doses de diazepam.

Diagnóstico de gravidez.

Se tiver na segunda metade da gravidez ou até 1 semana pós-parto

E sem história de epilepsia:

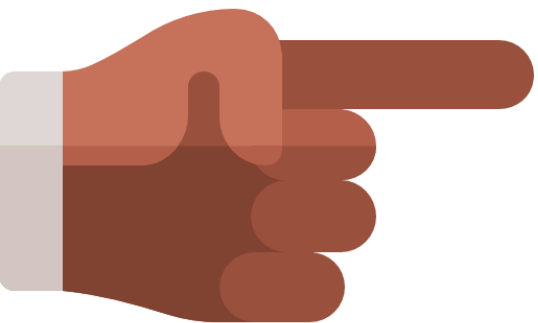
Suspeite de eclâmpsia

- Aplique **sulfato de magnésio** 10 g I.M.; aplique 5 g (10 ml de 50% solução) com 1 ml de lidocaína 2% na mesma seringa. I.M. profunda no quadrante superior externo em cada nádega.
- **Se a pressão arterial diastólica estiver acima de 110 mmHg:** aplique hidralazina 5 mg I.V. lentamente (3-4 minutos). Se não for possível, aplique I.M. Se a pressão diastólica permanecer acima de 90 mmHg, repita a dose a cada 30 minutos até que a pressão diastólica atinja 90 mmHg. Não aplique mais que 20 mg de hidralazina no total.
- **ENCAMINHE A PESSOA URGENTEMENTE PARA UM HOSPITAL para seguir com o tratamento e manejo da gravidez, de parto e de cuidados pós-parto.**

SIM

Se houver suspeita de **trauma craniano ou de pescoço ou neuroinfecção.**

- Maneje a pessoa em convulsão usando o protocolo indicado acima.
- **ENCAMINHE A PESSOA URGENTEMENTE PARA UM HOSPITAL.**
- Trauma craniano ou de pescoço: Não movimente o pescoço.
- Neuroinfecção: manejo a infecção conforme as diretrizes locais.



Recomenda-se avaliação em serviços de **emergência** na suspeita de síncope por provável origem cardiogênica, bem como suspeita de infecção do sistema nervoso central, distúrbio hidroeletrólítico e suspeita de acidente vascular cerebral



Para adultos com primeiro episódio de crise epiléptica sem fatores desencadeantes aparentes, a avaliação etiológica pode ser iniciada na APS

- **Exames laboratoriais:** hemograma, plaquetas, sódio, potássio, glicose, cálcio iônico (ou cálcio total e albumina), magnésio, creatinina, ureia, transaminases. Anti-HIV e sorologias para sífilis devem ser consideradas, bem como outros exames conforme suspeita clínica
- **Eletrocardiograma,** na suspeita de origem cardiogênica
- **Exame de imagem:** Ressonância magnética nuclear - rastrear lesões estruturais e alterações mais sutis (displasias corticais e esclerose hipocampal)
- **Eletroencefalograma:** Pode indicar o tipo de epilepsia, a localização do foco e a etiologia. O exame não confirma nem exclui o diagnóstico, podendo, portanto, esperar para realização em serviço especializado

O tratamento para prevenir a recorrência de crises epilépticas está indicado em duas situações:

- **Duas ou mais crises não provocadas (diagnóstico de epilepsia);**
- **Crise única em paciente com maior risco de recorrência por:**
 - Crise epiléptica tardia (1 semana após TCE grave ou AVC)
 - Alterações relevantes no EEG (como descargas epileptiformes)
 - Exame de neuroimagem com lesão significativa (como malformação vascular ou tumor)
 - Anormalidade no exame neurológico que sugira lesão cerebral focal (como perda de força unilateral)

Escolha inicial do anticonvulsivante, orientada pelo tipo crise epiléptica:

Crises inicialmente generalizadas: uso de ácido valpróico

Crises de início focal: uso de carbamazepina, fenitoína ou ácido valpróico

Quadro 3 – Posologia de anticonvulsivantes para adultos com epilepsia

Medicamento	Dose inicial diária	Intervalo de dose	Escalonar	Dose de manutenção diária	Efeitos adversos
Ácido valpróico (Comprimidos 250 ou 500 mg)	500 mg/dia	Dividir em 2 a 3 vezes ao dia	Aumentar 250 mg/dia a cada 3 dias	750-3000 mg	Sonolência, fadiga, tremor, insuficiência hepática, pancreatite, hemorragia aguda, encefalopatia, trombocitopenia, ganho de peso, alopecia
Carbamazepina (Comprimidos de 200 a 400 mg)	400 mg/dia	Dividir em 2 a 3 vezes ao dia	Aumentar 200 mg/dia a cada semana	600-1800 mg	Sedação, cefaleia, diplopia, visão turva, rash cutâneo, transtornos gastrointestinais, ataxia, tremor, impotência, hiponatremia, neutropenia
Fenitoína (Comprimidos de 100 mg)	100 mg/dia	1 a 3 vezes ao dia	Aumentar 100 mg/dia por semana	300-400 mg	Ataxia, sonolência, letargia, sedação e encefalopatia (dose-dependente), hiperplasia gengival, hirsutismo e dismorfismo facial (uso crônico)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017) Adaptado de Brasil (2013)

Referências

1. TelessaúdeRS. **Telecondutas, Crise epiléptica e Epilepsia** - UFRGS 2017, Porto Alegre, RS.
2. Kede J, Müller VT, Gomes MM. Atenção primária à saúde e epilepsia. **J Epilepsy Clin Neurophysiol**, 14(4):177-183, 2008.
3. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, Lagae L, Moshé SL, Peltola J, Perez ER, Sheffer IE, Zuberi SM. **Classificação Operacional das Crises da ILAE**: Artigo de Consenso da Comissão da ILAE para a Classificação e Terminologia. *Epilepsia*, 58(4):522-530, 2017.
4. Bastian JC *et al.* **O manejo da epilepsia na atenção primária à saúde e o que mudou com a pandemia da COVID-19?** Bol Curso Med UFSC, 7 (1), 2021.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Avaliação e conduta da epilepsia na atenção básica e na urgência e emergência** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática; tradução de Li Li Min. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 17 p.

Perguntas e respostas

Obrigada!