

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Avaliação e Conduta da

# Epilepsia

na Atenção Básica

e na Urgência

e Emergência

Brasília – DF  
2018



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

Brasília – DF  
2018



2018 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica

Traduzido da obra do MH-GAP da OMS.

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Especializada e Temática

Coordenação-Geral de Atenção Especializada

Esplanada dos Ministérios, bloco G

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-2425

Site: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas)

E-mail: [altacomplexidade@saude.gov.br](mailto:altacomplexidade@saude.gov.br)

*Organização:*

Cintia Marino Morasco, Neli Muraki Ishikawa e Vânia Kelly Alves da Silva

*Tradução:* Li Li Min

*Colaboração:* Ana Carolina Coan, Carlos Guerreiro, Carlos Silvado, Danusa Brandão, Felipe Cavalcante, Fernando Cendes, José Eduardo Fogolin, Leonardo Monteiro Savassi, Kátia Lin, Li Li Min, Luis Otavio Caboclo, Marleide Mota Gomes, Maria Carolina Doretto, Maria Luiza de Manreza, Marilisa Guerreiro, Patrícia Sampaio Chueiri, Paula Teixeira Fernandes, Raquel Vaz Cardoso, Sheila Martins, Patrícia Tambourgi

*Revisão técnica:* Assistência à Saúde de Pacientes com Epilepsia, Liga Brasileira de Epilepsia, Academia Brasileira de Neurologia, Associação Brasileira de Epilepsia, Federação Brasileira de Epilepsia, E-Jaguar e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

*Editora responsável:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: <http://editora.saude.gov.br>

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Luciana Cerqueira Brito

Revisão: Khamila Silva e Tamires Alcântara

Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo de Souza Rodrigues

#### Ficha Catalográfica

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. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_conduta\\_epilepsia\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_conduta_epilepsia_atencao_basica.pdf)>

ISBN: 978-85-334-2569-9

1. Epilepsia. 2. Atenção básica. 3. Atendimento de urgência e emergência. I. Título.

CDU 616.853

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0029

*Título para indexação:*

Assessment and conduct of Epilepsy in Primary Care and in the Emergency Department

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2 GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR.....</b> | <b>6</b>  |
| <b>3 GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA AMBULATORIAL .....</b>                  | <b>8</b>  |
| <b>4 DETALHES DE INTERVENÇÃO .....</b>                                   | <b>11</b> |
| 4.1 Iniciar a terapia com droga antiepiléptica .....                     | 11        |
| 4.2 Acompanhamento.....  | 11        |
| 4.3 Tratamento farmacológico e recomendações .....                       | 12        |
| <b>5 TRATAMENTO PSICOSSOCIAL E RECOMENDAÇÕES .....</b>                   | <b>13</b> |
| 5.1 Eduque as pessoas com crises ou epilepsia e seus cuidadores .....    | 13        |
| <b>6 COMBATE AO ESTIGMA E MEDIDAS DE PREVENÇÃO.....</b>                  | <b>14</b> |
| 6.1 Eduque as pessoas da comunidade .....                                | 14        |
| 6.2 Prevenção da epilepsia .....   | 14        |
| <b>7 AVALIAÇÃO E MANEJO HOSPITALAR.....</b>                              | <b>15</b> |
| <b>8 AVALIAÇÃO E CONDUTA DO ESTADO DE MAL EPILEPTICO.....</b>            | <b>16</b> |

Este manual de avaliação e manejo de paciente com epilepsia para médico não especialista é baseado no MH-Gap *Intervention Guideline* da Organização Mundial da Saúde, parte da estratégia em prover atendimento médico adequado à pessoa com epilepsia.

O manual contém fluxograma de avaliação no lado esquerdo com a respectiva conduta no lado direito e, entre elas, pontos nodais de decisão.

Este manual tem a sua origem na ação conjunta do Departamento de Atenção Básica e do Departamento de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde.

Participaram da discussão e elaboração deste manual os seguintes profissionais: Li Li Min, Carlos Silvado, Leonardo Monteiro Savassi, Paula Teixeira Fernandes, Sheila Martins, Sabrina Mendes, Vânia Kelly, José Eduardo Fogolin, Felipe Cavalcante, Raquel Vaz Cardoso, Patrícia Sampaio Chueiri, Danusa Brandão, Luis Otavio Caboclo, Maria Carolina Doretto, Patrícia Tambourgi, Kátia Lin, Maria Luiza de Manreza, Marleide Mota Gomes, Carlos Guerreiro, Marilisa Guerreiro, Fernando Cendes, Ana Carolina Coan. Entidades participantes: Assistência à Saúde de Pacientes com Epilepsia, Liga Brasileira de Epilepsia, Academia Brasileira de Neurologia, Associação Brasileira de Epilepsia, Federação Brasileira de Epilepsia, E-Jaguar e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Epilepsia é uma doença neurológica que pode ser prevenida e controlada em até 70% dos pacientes. O não tratamento é um risco à morte súbita e a traumatismos. As causas da epilepsia podem ser genéticas ou adquiridas. As causas adquiridas constituem a grande maioria e incluem: traumatismo craniano, lesões perinatais e infecções encefálicas, entre elas a neurocisticercose e o acidente vascular cerebral. Em alguns casos, a causa não é identificada. As crises epilépticas causadas por alteração transitória das atividades neuronais podem se manifestar de formas diferentes. A forma mais comum é a convulsão. As outras crises, aqui agrupadas como não convulsivas, podem ter apresentações como: alteração sensorial (sentir cheiro, ver luzes), de percepção (sensação de ter visto, sentimento de medo) e comportamentais (ficar parado “ausente”, mexer as mãos sem um propósito). Essas crises não convulsivas são, muitas vezes, difíceis de serem diagnosticadas, exceto quando evoluem para uma convulsão. A convulsão é diferente, por ser prontamente reconhecida. Sua principal manifestação é descrita como enrijecimento do corpo (contrações musculares súbitas), causando perda de equilíbrio e queda ao solo, seguida de relaxamento e contração de grupos musculares, podendo ter ou não relaxamento dos esfíncteres vesical e intestinal. A convulsão é o tipo de crise mais associado ao estigma, à morbidade e à mortalidade. Este manual aborda somente a epilepsia com crise convulsiva.

## 2 GUJA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

**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.

## 2 GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

2. As crises ainda continuam?

**Se as convulsões:**

- Já duram mais de 5 minutos **OU**
- Ocorrem em surtos em que a pessoa não recupera a consciência entre as crises **OU**
- Não respondem a duas doses de diazepam.

Suspeite de **Estado de Mal Epiléptico**

**+ ENCAMINHE A PESSOA URGENTEMENTE PARA UM HOSPITAL** para ser manejada em ambiente hospitalar. >>**EPI 5.2**

- Assegure das vias aéreas, respiração e circulação.
- Administre oxigênio inalatório.
- Verifique a necessidade de intubação/ventilação, quando múltiplas drogas estão sendo ministradas.
- Posicione a pessoa de lado para evitar aspiração de secreções.
- **NÃO** coloque nada na boca durante a convulsão.

Dê:

- Fenobarbital 20 mg/kg, I.V. (velocidade < 100 mg/minuto), **OU**
- Fenitoína 20 mg/kg I.V. (em uma linha diferente do diazepam, velocidade <50mg/min). É importante que a linha venosa seja adequada, pois a medicação é cáustica e pode causar lesão local, caso extravase.

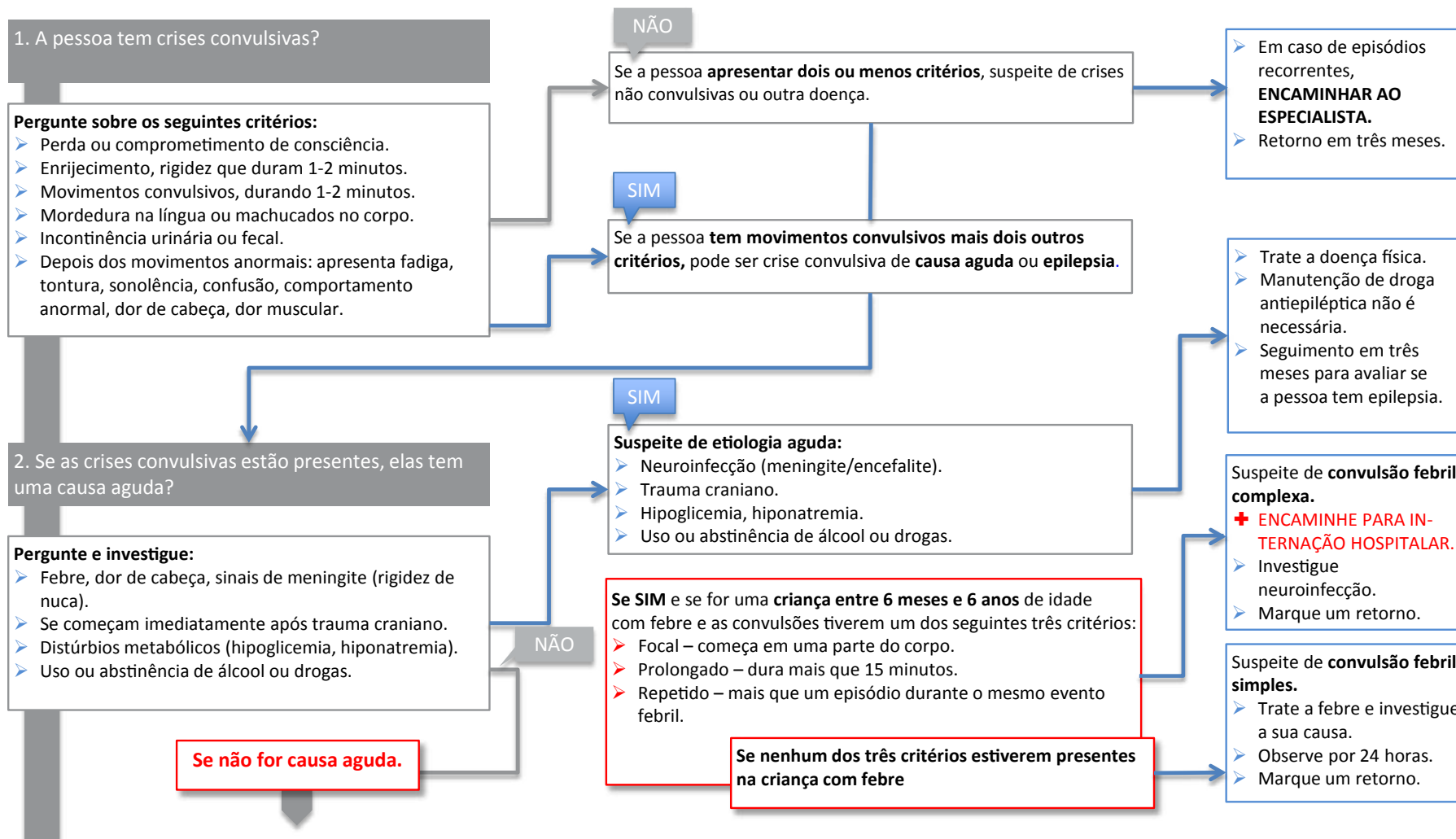
A avaliação e o manejo em casos de emergência são feitos simultaneamente!

**Se as crises continuam:**

- Dê uma dose adicional de fenitoína 10 mg/kg I.V. (em uma linha diferente do diazepam) durante 30 minutos.
- Monitore a pessoa para depressão respiratória



## 3 GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDOTA AMBULATORIAL



### 3 GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUITA AMBULATORIAL

Se não for causa aguda.

3. A pessoa teve no mínimo duas crises no último ano em dias diferentes?

**Pergunte sobre:**

- Gravidade.
  - Qual a frequência das crises?
  - Quantas crises teve no último ano?
  - Quando foi a última crise?
- Possíveis causas da epilepsia: história de trauma ou hipóxia perinatal, trauma craniano, neuroinfecção, história familiar de convulsões.

NÃO

Se não houver uma causa clara e a pessoa tiver tido uma crise única.

**Não é epilepsia:**

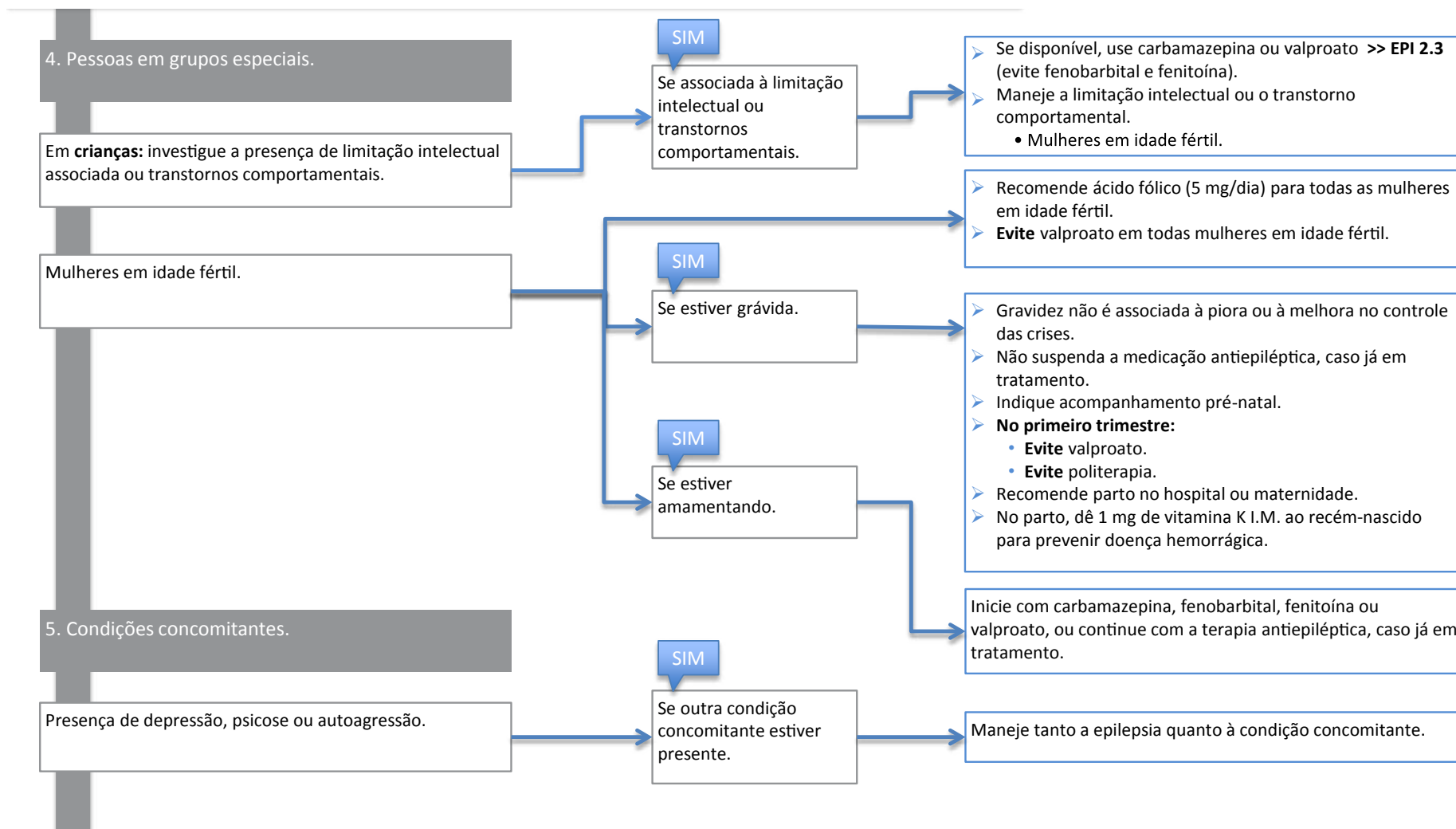
- Manutenção de droga antiepiléptica não é necessária.
- Seguimento em três meses. Se tiver eventos adicionais sugestivos de crise, reavalie quanto à possível epilepsia.

SIM

Se sim, **Trate como epilepsia.**

- Inicie droga antiepiléptica >> **EPI 2.1** fenobarbital, carbamazepina, fenitoína ou valproato. >> **EPI 2.3**
- Eduque sobre a doença, estilo de vida, questões de segurança, importância da adesão ao tratamento e acompanhamento regular. >> **EPI 3.1**
- Marque retornos regulares. >> **EPI 2.2**

## 3 GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA AMBULATORIAL



## 4 DETALHES DE INTERVENÇÃO



## Tratamento farmacológico e recomendações

## 4.1 Iniciar a terapia com droga antiepiléptica

**A maioria das crises podem ser controladas (totalmente ou com redução significativa) com droga antiepiléptica.**

- Prescreva carbamazepina, fenobarbital, fenitoína ou valproato, conforme a disponibilidade.
- Inicie o tratamento com apenas uma medicação.
- Inicie o tratamento com a dose mais baixa e aumente lentamente até o controle completo das crises.
- O objetivo do tratamento é alcançar o controle total das crises com a mínima dose possível e sem efeitos colaterais intoleráveis.
- Informe à pessoa e sua família sobre:
  - O tempo que o tratamento leva para fazer efeito e sua evolução.
  - Possíveis efeitos colaterais e os riscos destes sintomas, bem como o que fazer.
  - O risco da parada abrupta da medicação.
  - A necessidade de acompanhamento regular.
- Peça à pessoa e à família para manterem um registro diário de crises.
- Para as condições médicas concomitantes, avalie risco de interação da droga-doença e droga-droga.

## 4.2 Acompanhamento

- Peça que anote a resposta ao tratamento, efeito colateral e adesão (dose que esqueceu).
- Os efeitos colaterais podem ser devido à alta dose da droga (exemplo: tontura, nistagmo, diplopia e ataxia) ou podem ser idiossincráticos (reação alérgica, aplasia de medula óssea, falência hepática). Mais detalhes para cada droga antiepiléptica, veja >> **EPI 2.3**.
- A dose correta da droga antiepiléptica é a menor dose que controla as crises sem efeito colateral.
- Se o efeito colateral aparece em determinada dosagem, reduza a dosagem. Em caso de reações idiossincráticas, pare a medicação e troque por outra droga antiepiléptica.
- Se a resposta for ruim (menos que 50% de redução na frequência das crises), apesar de boa adesão, aumente a dose até a máxima tolerada.
- Se a resposta ainda continuar insatisfatória, tente outra monoterapia com outra droga. Inicie a segunda droga e aumente aos poucos até alcançar a dose adequada. Aos poucos, vá retirando a primeira droga.
- Se as crises são muito infrequentes e altas doses da medicação produzem efeito colateral, um controle parcial das crises sem efeitos colaterais pode ser estipulado como a meta razoável do tratamento.

- Se as crises persistirem depois de duas tentativas com monoterapias, revise o diagnóstico (incluindo as comorbidades), a adesão ao tratamento e encaminhe para um especialista para avaliação e tratamento.
- Se com o tratamento, a pessoa apresentar efeitos colaterais e o controle das crises for inadequado, marque retornos mensais.
- Continue com o seguimento a cada três meses, se as crises estiverem bem controladas.

## Como e quando parar com a droga antiepiléptica

- Sem convulsões nos últimos dois anos.
- Discuta a decisão com a pessoa/cuidador, pesando os riscos das crises voltarem.
- Em alguns casos, o tratamento contínuo com droga antiepiléptica é necessário, como por exemplo, nos casos de epilepsia secundária a trauma craniano, neuroinfecção, ou se as crises forem de difícil controle.
- Reduza o tratamento gradualmente ao longo de quatro a seis meses.



## 4.3 Tratamento farmacológico e recomendações

**Fenobarbital**

- Apenas uma tomada ao dia.
- Tomar antes de dormir (reduz a sonolência e as tonturas diurnas).
- Adultos: Inicie com 1 mg/kg/dia (50 mg) por 2 semanas. Se as crises persistirem, aumente para 2 mg/kg/dia (100 mg) por 2 meses. Se as crises persistirem, aumente para 3 mg/kg/dia (150-200 mg).
- Crianças: Inicie com 2 mg/kg/dia por 2 semanas. Se as crises persistirem, aumente para 3 mg/kg/dia por 2 meses. Se as crises persistirem, pode aumentar até a dose máxima de 6 mg/kg/dia.
- É necessário o uso contínuo sem interrupção por 14 a 21 dias para se obter uma dosagem sérica estável do fenobarbital. Dessa forma, crises neste período não devem ser interpretadas como falha terapêutica.
- Efeitos colaterais:
  - Dose dependente: sonolência, letargia e em crianças, hiperatividade.
  - Idiossincráticos: *rash*, depressão da medula óssea, insuficiência hepática.

**Carbamazepina**

- Divida a dose em, no mínimo, duas tomadas diárias, sempre após alimentação.
- Estabilidade sérica é alcançada em oito dias.
- Efeitos colaterais: reação alérgica cutânea (podendo ser grave); visão embaçada, diplopia, ataxia e náusea. Estes últimos sintomas geralmente são vistos no início do tratamento usando altas doses.

**Fenitoína**

- Em crianças, divida a dose em duas tomadas diárias. Em adultos, apenas uma tomada diária.
- Aumento em pequenas doses pode levar a uma mudança grande na concentração sérica, assim os incrementos devem ser de 25-30 mg.

- Efeitos colaterais: Dose dependente: sonolência, ataxia, fala arrastada, confusão mental, contratura muscular, alteração da estética facial, hiperplasia gengival e hirsutismo (incomum); Idiossincráticos: anemia e outras alterações hematológicas, reações de hipersensibilidade, incluindo reações cutâneas e hepatite.

**Valproato de sódio.**

- Diferentes preparações são disponíveis, em geral a dose diária é dividida em 2 a 3 tomadas, após alimentação.
- Efeitos colaterais: sedação, tremor (dose dependente), queda de cabelo transitória (renasce em geral dentro de seis meses), aumento de peso e disfunção hepática (idiossincráticos).

Tabela 1 – Doses da medicações antiepiléticas

|                      | Criança         |                                    | Adolescente/Adulto |                  |
|----------------------|-----------------|------------------------------------|--------------------|------------------|
|                      | Dose inicial    | Dose manutenção                    | Dose inicial       | Dose manutenção  |
| <b>Carbamazepina</b> | 5 mg/kg/dia     | 10-30 mg/kg/dia                    | 100-200 mg/dia     | 400-1.400 mg/dia |
| <b>Fenobarbital</b>  | 2-3 mg/kg/dia   | 2-6 mg/kg/dia                      | 50 mg/dia          | 50-200 mg/dia    |
| <b>Fenitoína</b>     | 3-4 mg/kg/dia   | 3-8 mg/kg/dia<br>(max. 300 mg dia) | 150-200 mg/dia     | 200-400 mg/dia   |
| <b>Valproato</b>     | 15-20 mg/kg/dia | 15-30 mg/kg/dia                    | 500 mg/dia         | 500-2.000 mg/dia |

Fonte: MH-GAP com modificações.

## 5 TRATAMENTO PSICOSSOCIAL E RECOMENDAÇÕES

## 5.1 Eduque as pessoas com crises ou epilepsia e seus cuidadores

Explique:

- O que é crise epiléptica/epilepsia (exemplo: crise epiléptica é uma descarga no cérebro. Epilepsia é uma doença no cérebro que causa crises epiléticas recorrentes, que pode ser tratada e prevenida. Se não receber tratamento, aumenta o risco de morte súbita. Epilepsia não é contagiosa, não é possessão demoníaca, não é castigo de Deus, não é sinal de fracasso na vida).
- As causas da epilepsia são na maioria adquiridas.
- De forma geral, as chances do filho vir a ter epilepsia tendo o pai ou a mãe com epilepsia é ao redor de 5%.
- Epilepsia é uma doença crônica. Porém, as crises podem ser controladas em 70% dos casos com a medicação adequada.
- Existem outras opções de tratamento quando a medicação falha, entre elas a cirurgia de epilepsia.
- Razões para encaminhamento (quando necessário).

## Cuidados a serem tomados durante a convulsão



- Proteja a pessoa, deite-a de lado, com a cabeça virada para um dos lados, para ajudar a respirar e prevenir aspiração de secreções e vômito.
  - Apoie a cabeça da pessoa.
  - Verifique se a pessoa está respirando adequadamente.
  - **NÃO** restrinja os movimentos.
  - **NÃO** coloque nada na boca da pessoa.
  - Fique com a pessoa até a crise passar e ela recuperar a consciência.
  - Algumas pessoas sentem que a crise vai começar. Neste caso, a pessoa tem tempo para se deitar em algum lugar seguro e até avisar alguém.
  - Lembre-se de que a epilepsia não é contagiosa e ninguém pega epilepsia por ajudar alguém.
  - Se:
    - A crise se prolongar por cinco ou mais minutos ou não retornar a consciência após o seu término.
    - A pessoa tem várias crises seguidas de curta duração sem retomar a consciência.
    - Houver suspeita de machucar a cabeça na queda.
    - Gestantes.
- Todos estes casos devem ser levados para avaliação e tratamento no hospital.

## Identifique o estilo de vida da pessoa:

- As pessoas com epilepsia podem se relacionar, constituir família e ter filhos.
- Os pais não devem retirar as crianças com epilepsia da escola.
- Pessoas com epilepsia podem trabalhar na maioria dos empregos. Entretanto, alguns tipos de trabalho devem ser evitados por pessoas com epilepsia não controlada, como aqueles que trabalham com maquinaria pesada, em alturas.
- Pessoas com epilepsia não controlada devem evitar de cozinhar em fogo aberto ou nadar sozinhas.
- Pessoas com epilepsia devem cuidar da saúde:
  - Evitar o abuso de álcool e qualquer drogas.
  - Ter um bom sono.
  - Praticar atividade física.
  - Alimentar-se de forma saudável.
- As pessoas com epilepsia controlada podem ter carteira de habilitação simples (não profissional) para direção de automóvel.
- A maioria das pessoas com epilepsia controlada podem levar uma vida normal.

## 6 COMBATE AO ESTIGMA E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

### 6.1 Eduque as pessoas da comunidade

**As pessoas ainda desconhecem a epilepsia. Isso infelizmente perpetua o preconceito em relação às pessoas com epilepsia.**

- Use as informações no >>>EPI 3.
- Promova debates na comunidade sobre a epilepsia.
- Participe de Campanhas de Conscientização no dia 9 de setembro: Dia Nacional e Latino-Americano de conscientização sobre Epilepsia.
- Leve informações para as escolas, pastorais e guardas municipais.
- Evite uso de rótulos “epiléptico(a)”, use termo pessoa com epilepsia.

### 6.2 Prevenção da epilepsia

As causas adquiridas da epilepsia podem ser prevenidas.

Neuroscisticercose:

- Ocorre através da ingestão dos ovos da *Taenia solium* (o popular verme solitária).
- Oriente:
  - Tenha boa higiene.
  - Lave bem as mãos antes das refeições.
  - Lave bem saladas e frutas.

Traumatismo cranioencefálico (TCE)

- Acidentes automobilísticos constituem a principal causa de TCE
- Oriente:
  - Se beber, não dirija.
  - Quando andar de bicicleta ou de moto, use sempre o capacete.
  - Use cinto de segurança.
  - Respeite as leis de trânsito.

Acidente vascular cerebral (AVC)

- AVC ou o popular derrame acontece devido à interrupção do fluxo sanguíneo cerebral e é a principal causa de epilepsia no idoso.
- Oriente:
  - Atitudes de saúde: não fumar, reduzir a quantidade de bebida alcoólica, fazer atividade física, ter alimentação saudável, controlar a pressão arterial, a dislipidemia (colesterol) e a glicemia.
  - Reconhecer os sinais e sintomas de AVC: quadro súbito de hemiparesia, hemiparestesia, vertigem, dor de cabeça ou perda de visão. Neste caso, busque ajuda médica especializada e acione o Serviço de Atendimento Móvel (Samu) 192 ou a equipe de atendimento móvel de urgência assim que os sintomas se iniciaram, mesmo que tenha se recuperado.

7 AVALIAÇÃO E CONDUTA HOSPITALAR

1. A crise já cessou.

O paciente apresenta-se:

- Consciente e orientado.
- Com sinais vitais estáveis.
- Sem déficits neurológicos evidentes.
- Sem sinais de doença aguda ou crônica.

Apresenta sinais de alerta ?

- Idade menor que 3 anos ou maior que 30 anos.
- Crise com características focais ou prolongada.
- Exerce atividade de com risco de trauma grave caso ocorra nova crise.
- Reside distante de uma Unidade de Atendimento de Urgência.
- Não é possível seguimento ambulatorial antes de 15 dias.

Presença de:

- Crises epilépticas prolongadas (>5 minutos) ou repetidas sem melhora evidente do nível de consciência entre elas **OU**
- Flutuações inexplicadas do nível de consciência, tremores, desvios oculares, piscamentos, clonias, abalos.

SIM

Foi a primeira crise epiléptica ?

SIM

- Observação por 4 a 6 horas.
- Seguimento ambulatorial em até 15 dias.

Foram duas ou mais crises epilépticas com intervalo de dias ou semanas com:

- Alteração exame neurológico; ou
- Alteração persistente do nível de consciência; ou
- Suspeita de doença sistêmica ou neurológica aguda.

NÃO

- Observação por 6 a 12 horas.
- Dosagem sanguínea de Na, K, Ca, Mg, Glicemia e hemograma.
- Realizar TC.
- Iniciar tratamento com DAE >>EPI 2.
- Na alta encaminhar para seguimento ambulatorial em até 15 dias com relatório do atendimento e exames.

SIM

SIM

- Internação.
- Dosagem sanguínea de Na, K, Ca, Mg, glicemia e hemograma.
- TC e/ou RM de crânio.
- EEG.
- Investigação e tratamento direcionada a doença suspeitada ou confirmada.
- Tratamento IV ou oral com fenitoína 10 mg/kg. Manutenção 300 mg/dia.
- Na alta encaminhar para seguimento ambulatorial em até 15 dias com relatório do atendimento e exames.

**ESTADO DE MAL EPILÉPTICO**





## 8 AVALIAÇÃO E CONDUTA DO ESTADO DE MAL EPILÉPTICO

2. Paciente está tendo crise.

**Estado de Mal Epiléptico é uma Emergência Médica. O tratamento precoce e rápido reduz a mortalidade e a permanência hospitalar. Deve ser considerado como sintoma de doença aguda sistêmica ou neurológica a ser investigada e tratada.**

**A avaliação e o manejo são feitos simultaneamente!**

### 1ª Fase – 0 a 30 minutos

- Avalie as vias aéreas, respiração e circulação.
- Monitore a frequência respiratória e avalie a necessidade de intubação/ventilação, quando múltiplas drogas estão sendo ministradas.
- Monitore a frequência cardíaca, ritmo cardíaco e pressão arterial
- Colha hemograma, NA, K, Ca, Mg, creatinina, glicemia.
- Posicione a pessoa de lado para evitar aspiração de secreções.

### 1ª Fase – 0 a 30 minutos

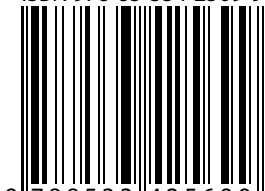
- Administre oxigênio inalatório.
- Acesso venoso calibroso (se possível dois acessos), mantenha com solução salina fisiológica intravenosa (I.V.) a 30 gotas/minuto.
- Ministre glicose I.V. (50 ml de glicose 50% no adulto; 2-5 ml/kg de glicose 10% em crianças), em pacientes alcoolistas ou desnutridos. ADICIONE tiamina 100 mg injetável na solução glicosada.
- Injete diazepam I.V. 10 mg lentamente (criança; 1mg/idade ano), **OU**
- Alternativa ao diazepam, injete midazolam intramuscular ou intranasal 10mg (criança: como menos de 13 kg, injete 0,2 mg/kg; com menos de 40 kg injete 5 mg).
- **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.**
- **NÃO dê mais que duas doses de diazepam. Atenção: conte as doses pré-hospitalares.**
- Injete Fenobarbital 20 mg/kg, I.V. (velocidade < 100 mg/minuto), **OU**
- Injete Fenitoína 20 mg/kg I.V. (em uma linha diferente do diazepam, velocidade <50 mg/min). É importante que a linha venosa seja adequada, pois a medicação é cáustica e pode causar lesão local, caso extravase.

- Após o término da infusão, as crises cessam e tem melhora evidente do nível da consciência, mantenha paciente em observação por 30 minutos e iniciar dose de manutenção do antiepiléptico 6 a 8 horas após >> **EPI 5.1.**

### 2ª Fase – 31 a 60 minutos

- Após o término da infusão, as crises não cessam e não tem melhora evidente do nível da consciência, considere Estado de Mal Epiléptico Refratário.
- Iniciar outro antiepiléptico IV em bolo.
- **Nestes casos de Estado de Mal Epiléptico Refratário é indicado transferência para UTI para tratamento com tiopental ou propofol ou midazolam.**
- Na escolha de midazolam, injete midazolam 0,2 mg/kg IV (velocidade <4 mg/min), manutenção 0,05 mg- 0,4 mg/kg/hora diluído em solução salina fisiológica).

ISBN 978-85-334-2569-9



9 788533 425699

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)

