



Crise epiléptica é definida como ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas, resultantes de atividade neuronal anormal e excessiva no cérebro. Correspondem até 2% de todos os atendimentos no Pronto Socorro, sendo 25% dessas crises caracterizadas como primeira crise epiléptica.

Epilepsia é uma doença neurológica definida por qualquer das condições a seguir:

- Duas crises não provocadas, ocorrendo num intervalo maior que 24h
- Uma crise não provocada com probabilidade de recorrência semelhante àquela após duas crises não provocadas (pelo menos 60%), nos próximos 10 anos
- Diagnóstico de uma síndrome epiléptica

Crises sintomáticas agudas são decorrentes de certos insultos, como distúrbios metabólicos, abstinência de drogas ou álcool, injúria neurológica aguda (meningoencefalite, TCE etc). Nessa situação, o paciente não é portador de epilepsia, pois não haverá recorrência das crises na ausência do insulto.

Crises não epilépticas são definidas como ataques ou acessos recorrentes que se assemelham à epilepsia, mas que diferem por não serem consequentes de descargas elétricas cerebrais anormais.

### I. ASSISTENCIAL

#### 1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- Anamnese, exame físico e exame neurológico são fundamentais
- Exames gerais para descartar condições que cursam com crises sintomáticas agudas: alterações metabólicas e infecciosas (hemograma, função renal, hepática, Na, Mg, Ca, glicemia, toxicológico – na suspeita de intoxicação exógena, rastreamento infeccioso), medicações
- Neuroimagem – descartar AVC, encefalopatia anóxica, hematoma subdural, HSA, neoplasia (preferencialmente RM de crânio; TC de crânio pode ser solicitada, em especial na suspeita de AVC para se priorizar a rapidez de execução do exame)
- EEG (solicitado na urgência caso persistência das crises ou rebaixamento de consciência persistente; caso paciente não tenha critérios para EEG na urgência, solicitar como rotina ou ambulatorial)
- LCR (caso suspeita de neuroinfecção e encefalites)
- Eletrocardiograma: identificar alterações que indiquem arritmia cardíaca
- **Diagnóstico diferencial:** síncope, AIT, crise não epiléptica psicogênica, amnesia global transitória, transtornos do movimento

#### 2. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

##### Internação:

- Múltiplas crises ou estado de mal epiléptico
- Pós-ictal prolongado (superior à 20-30 minutos) ou sinais neurológicos focais
- Investigação revela condição que necessite de internação
- Considerar uso de fármaco anticrise a depender da etiologia

#### 3. ALOCAÇÃO

- **Críticos de UTI:** estado de mal epiléptico ou outra indicação clínica que motive UTI
- **Críticos de semi-intensiva:** necessidade de vigilância neurológica até definição diagnóstica
- **Críticos de ala:** caso controlado e com diagnóstico definido

## 4. TRATAMENTO

1. Tratamento da causa que originou a crise (se crise sintomática aguda);
2. Fármaco anticrise se houver indicação – discutir com a retaguarda de Neurologia

Medicação	Dose diária inicial	Posologia (formulações de liberação imediata)	Titulação	Dose diária alvo	Tipo de crise
Carbamazepina	200 mg	3x ao dia	200 mg a cada 3 dias	400 – 800 mg	Focal e generalizada (exceto mioclônica, ausência e atônica)
Clobazam	10 mg	2x ao dia	10 mg a cada 2 semana	20 – 40 mg	Apenas para terapia combinada para crise focal e generalizada
Lacosamida	100 mg	2x ao dia	100 mg a cada semana	200 mg (máx: 600mg)	Focal e generalizada (exceto mioclônica e ausência)
Lamotrigina	25 mg primeiras 2 semanas	1-2x ao dia	50 mg na semana 3 e 4; aumentos de 50 mg a cada 1-2 semanas à partir da 4ª semana	200 – 300 mg	Focal e generalizada
Levetiracetam	500 mg	2x ao dia	500 mg a cada semana	1000 mg (máx: 4000 mg)	Focal e generalizada (incluindo mioclônica)
Fenobarbital	50 mg	1x ao dia (à noite)	50 mg a cada 1 – 2 semana	100 – 200 mg	Focal e generalizada (exceto ausência)
Fenitoína	200 – 400 mg	2 – 3x ao dia	Não precisa de titulação	200 – 400 mg	Focal e generalizada (exceto mioclônica e ausência)
Topiramato	25 mg	1-2x ao dia	25 mg a cada semana	100 mg (máx: 400 mg)	Focal e generalizada (exceto ausência)
Valproato	500 mg	2x ao dia	250 – 500mg a cada semana	1000 – 2000 mg	Focal e generalizada (incluindo mioclônica e ausência)

Tempo de observação: 6 horas

## 5. ALTA HOSPITALAR

- Investigação e exame físico normais, com tempo de observação suficiente
- Causa bem identificada e tratada
- Na alta, deve-se discutir a indicação ou não de fármaco anticrise
- Orientar o paciente sobre risco de recorrência das crises e evitar atividades de risco (p.ex.: dirigir, manipulação de máquinas, nadar sozinho etc).

## II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Número de casos de crise sintomática aguda não reconhecidos na unidade de atendimento;
- Reconhecimento do estado de mal convulsivo na unidade de atendimento

## III. GLOSSÁRIO

**AVC:** acidente vascular cerebral  
**AIT:** ataque isquêmico transitório  
**Ca:** cálcio  
**EEG:** eletroencefalograma  
**LCR:** líquido cefalorraquidiano  
**Mg:** magnésio

**Na:** sódio  
**RM:** ressonância magnética  
**TC:** tomografia computadorizada

## IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

- Versão 3: 1. Alteração do template  
2. Descritivo da “Definição”  
3. Detalhamento do “Tratamento”

## V. Referências

- [1] Berg AT1, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, Engel J, French J, Glauser TA, Mathern GW, Moshé SL, Nordli D, Plouin P, Scheffer IE. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*. 2010 Apr;51(4):676-85.
- [2] Betjemann JP1, Nguyen I, Santos-Sanchez C, Douglas VC, Josephson SA. Diagnostic yield of electroencephalography in a general inpatient population. *Mayo Clin Proc*. 2013 Apr;88(4):326-31
- [3] Fields MC, Labovitz DL, French JA. Hospital-onset seizures: an inpatient study. *JAMA Neurol*. 2013 Mar 1;70(3):360-4.
- [4] Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, Engel J Jr, Forsgren L, French JA, Glynn M, Hesdorffer DC, Lee BI, Mathern GW, Moshé SL, Perucca E, Scheffer IE, Tomson T, Watanabe M, Wiebe S. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014 Apr;55(4):475-82.
- [5] Glauser T, Shinnar S, Gloss D, et al. Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. *Epilepsy Currents*. 2016;16(1):48-61.
- [6] Holmquist L, Russo CA, Elixhauser A. Hospitalizations for Epilepsy and Convulsions, 2005: Statistical Brief #46. 2008 Jan. In: *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56315/>>. Acesso em: 8 de mar 2022.
- [7] Krumholz A, Wiebe S, Gronseth G, et al. Practice Parameter: evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology*. 2007 Nov 20;69(21):1996-2007.
- [8] Krumholz A, Wiebe S, Gronseth GS, Gloss DS, Sanchez AM, Kabir AA, Liferidge AT, Martello JP, Kanner AM, Shinnar S, Hopp JL, French JA. Evidence-based guideline: Management of an unprovoked first seizure in adults: Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology*. 2015; 84(16):1705-13.
- [9] Massengo SA1, Ondze B, Bastard J, Guiziou C, Velmans N, Rajabally YA. Elderly patients with epileptic seizures: in-patient observational study of two French community hospitals. *Seizure*. 2011 Apr;20(3):231-9.
- [10] Robert S. Fisher, An overview of the 2017 ILAE operational classification of seizure types, *Epilepsy & Behavior*, 2017.
- [11] Drislane FW. Convulsive status epilepticus in adults: Classification, clinical features and diagnosis. UpToDate. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 8 mar. 2022.
- [12] Drislane FW. Convulsive status epilepticus in adults: Management. UpToDate. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 8 mar. 2022.

<b>Código Documento:</b>	<b>Elaborador:</b>	<b>Revisor:</b>	<b>Aprovador:</b>	<b>Data de Elaboração:</b>	<b>Data de Aprovação:</b>
CPTW98.3	Victor Rebelo Procaci Luis Otávio Caboclo	Renata Paluello	Haggeas S. Fernandes	02/09/2020  Data da revisão: 29/06/2022	26/07/2022