

3. CONVULSÕES

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS

As convulsões idiopáticas são as mais frequentes.

Entre cinco e 10% da população apresenta um episódio de crise convulsiva ao longo da vida, com maior prevalência em crianças e em idosos.

Podem ser precipitadas por: febre, hipoglicemia, hipoxemia, hiponatremia ou hipernatremia, toxinas e trauma craniano.

A convulsão deve ser terminada para prevenir alterações irreversíveis, especialmente no caso de estado de mal epiléptico.

A realização de exame de imagem (TC de crânio sem contraste), em pacientes adultos que estão apresentando o seu primeiro evento de crise convulsiva, pode modificar o tratamento em 9 a 17% dos casos; em especial aqueles que possuem exame neurológico alterado, história com maior probabilidade de lesão estrutural ou convulsão focal.

Etiologia de convulsões de acordo com a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	CAUSAS DE CONVULSÕES
Neonatos (menos de 1 mês)	Isquemia e hipóxia perinatal Hemorragia intracraniana e trauma Infecção aguda do SNC Distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hiponatremia, hipomagnesemia) Doenças genéticas
Primeira infância (de 1 mês a 1 ano)	Convulsões febris Doenças genéticas Infecção do SNC Trauma Idiopática
Adolescentes (de 12 a 18 anos)	Trauma Doenças genéticas Infecção Tumor cerebral Uso de drogas ilícitas Idiopática
Adultos jovens (de 18 a 35 anos)	Trauma Abstinência de álcool Uso de drogas ilícitas Tumor cerebral Idiopática
Adultos mais velhos (acima de 35 anos)	Doença cerebrovascular Tumor cerebral Abstinência de álcool Distúrbios metabólicos (uremia, insuficiência hepática, distúrbios hidroeletrólíticos, hipoglicemia) Idiopática

b. QUADRO CLÍNICO

Perda da consciência ou alteração da mesma acompanhada por alterações de comportamento.

Presença de atividade motora involuntária, incluindo contrações tônico-clônicas e automatismos (pisar de olhos).

Perda de tônus motor (resultando em queda) e incontinência esfinteriana.

Geralmente são autolimitadas e de curta duração (menos de um minuto).

Disfunção autonômica: diaforese, hipertensão, taquipnéia ou apnéia, taquicardia e salivação.

O estado de mal epiléptico, ou seja, ocorrência de dois ou mais episódios de convulsão sem que a vítima recobre a consciência ou convulsões generalizadas com mais de trinta minutos de duração, constitui uma emergência médica, pois pode levar ao óbito por arritmias cardíacas ou dano cerebral devido a hipoxemia.

No estado pós-comicial, deve ser analisado se a recuperação do paciente é imediata e se o mesmo já apresentava história prévia de epilepsia, pois são indicadores de bom prognóstico. Contudo, se o paciente apresenta suspeita de lesão estrutural, alterações ao exame neurológico e crise convulsiva com início focal, o prognóstico torna-se mais desfavorável.

c. CONDUTA

No adulto jovem, procurar por sinais de: trauma, consumo de drogas ou envenenamento.

No adulto acima de 35 anos, o diagnóstico mais provável de um primeiro evento de crises convulsiva é a doença cerebrovascular (AVE, ataque isquêmico transitório), devem ser afastadas como causas também frequentes o tumor cerebral, distúrbio metabólico e uso de álcool.

Não introduzir objetos na boca do paciente durante as convulsões.

Proteger a vítima de traumatismos. Evitando a contenção da vítima, para não produzir ou agravar lesões músculo-esqueléticas.

Resfriar crianças febris com toalhas molhadas com água na temperatura ambiente.

Abriar a via aérea empregando manobras manuais durante o estado pós-comicial ou utilizando em paciente com trismo a cânula nasotraqueal.

Assistir caso necessário a ventilação com máscara.

Administrar oxigênio sob máscara 10 a 15 litros por minuto.

Manter a saturação acima de 92%.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Colher sangue venoso neste momento para exames laboratoriais: hemograma, glicemia, natremia, calemia e calcemia, uréia, creatinina.

Dosar a glicemia capilar. Caso esta esteja menor que 60 mg%, administrar rapidamente 50 ml de glicose a 50% por via intravenosa.

Administrar diazepam 0,1 a 0,2 mg / kg IV se as convulsões persistirem.

Realizar a intubação orotraqueal no estado de mal epiléptico.

Iniciar assistência ventilatória em pacientes intubados de acordo com a rotina do serviço.

Infundir fenitoína 20 mg/kg na velocidade máxima de 50 mg/min em transportes prolongados para evitar a recorrência de crises ou em casos refratários.

Avaliar o uso de midazolam em infusão contínua ou tiopental em casos refratários.

Radiografar o tórax do paciente no leito em casos com suspeita de broncoaspiração.

Colher gasometria arterial.

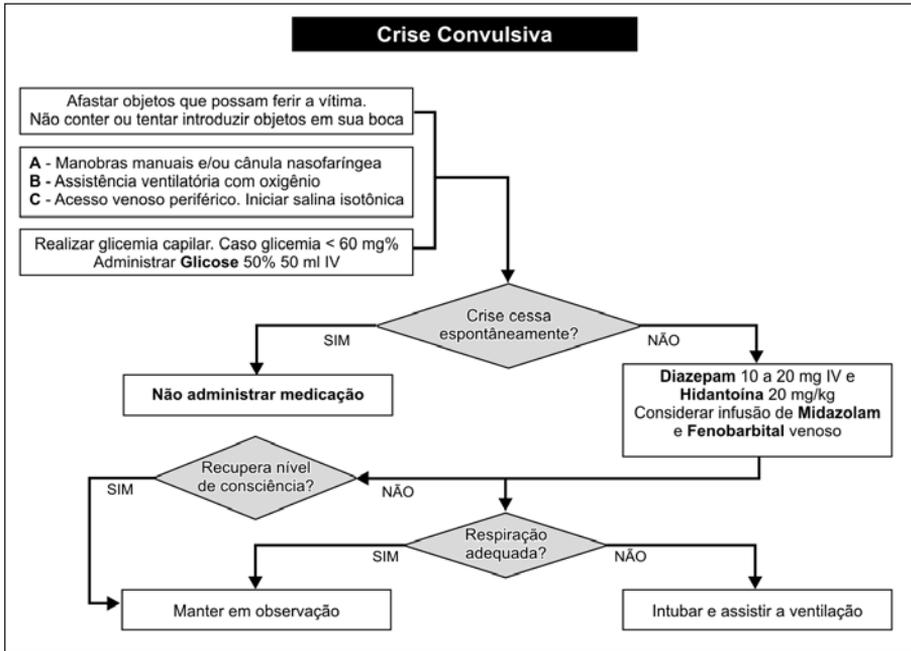
Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir para o hospital de referência os pacientes de estado de mal epiléptico ou com suspeita de lesão estrutural para avaliação com TC de crânio.

Características farmacológicas dos anticonvulsivantes

MEDICAMENTO	DOSE	INDICAÇÃO
Diazepam 2 ml = 10 mg	5 a 20 mg	Se restringe a abortar convulsões, não previne novas crises.
Fenitoína 5 ml = 250 mg	20 mg/kg em infusão venosa, diluída em solução fisiológica e com uma velocidade máxima de 50 mg por minuto.	Evita a recorrência das crises ou em casos refratários. Início de ação mais lento.
Midazolam 3 ml = 15 mg	5 a 20 mg IV Infusão de 0,1 a 0,5 mg /kg/hora.	Opção em casos refratários. Utilizar em paciente já intubado.
Fenobarbital 2 ml = 200 mg	100 mg / min IV até o controle das convulsões ou a dose máxima de 20 mg /kg ser atingida.	Indicado na persistência de convulsões apesar do uso das medicações acima.

d. ALGORITMO DE CRISE CONVULSIVA



Algoritmo de atendimento a pacientes com crise convulsiva.

4. CEFALÉIA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Pesquisar se ocorreu algum traumatismo craniano, precedendo o quadro.

Alterações neurológicas focais associadas ao quadro sugerem processo expansivo intracraniano (hematoma, tumor ou abscesso). Neste caso a realização de TC é obrigatória, assim como a remoção imediata para hospital de referência.

É a cefaléia de início recente? Esta é uma das informações mais significativas, as cefaléias de início recente ou cujas características agravaram-se pode indicar uma patologia grave e demanda investigação.

Existem sinais de irritação meníngea, associados com a cefaléia súbita ou subaguda? Suspeitar de hemorragia subaracnóidea ou meningite. A febre geralmente é um sinal de meningite.

Presença de vários pacientes com queixa de cefaléia de uma mesma