

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.ENE.001 – Página 1/6	
Título do Documento	PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

SUMÁRIO

1. AUTORES	1
2. SIGLAS E CONCEITOS.....	1
3. INTRODUÇÃO	1
4. OBJETIVOS.....	1
5. JUSTIFICATIVA	2
6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	2
7. HISTÓRIA CLÍNICO E EXAME FÍSICO	2
8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	2
9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	3
10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO	4
11. REFERÊNCIAS.....	5

1. AUTORES

Mariana Braatz Krueger Barreira

2. SIGLAS E CONCEITOS

Eletroencefalograma – EEG

Ressonância Magnética – RM

Medicação Anti-crise – MAC

Trauma Cranioencefálico – TCE

Sistema Nervoso Central – SNC

Gonadotrofina Coriônica Humana - beta-HCG

Líquido Cerebrospinal – LCR

International League Against Epilepsia - ILAE

Intervalo de confiança – IC

3. INTRODUÇÃO

Uma crise epiléptica é a ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas decorrentes da atividade anormal excessiva ou síncrona no cérebro. A epilepsia foi conceitualmente definida em 2005 como um distúrbio do cérebro caracterizado pela predisposição persistente do cérebro em gerar crises epilépticas.

4. OBJETIVOS

Abordar conceito, quadro clínico, diagnóstico, investigação etiológica, diagnóstico diferencial e realizar o manejo clínico adequado da primeira crise epiléptica não provocada na infância e adolescência.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.ENE.001 – Página 2/6	
Título do Documento	PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

5. JUSTIFICATIVA

Devido sua alta prevalência, com estimativa, de pelo menos 1 a cada 10 pessoas apresentarem uma crise epilética na vida, sua investigação e manejo deve ser conhecido e descrito em protocolos institucionais.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Inclusão: pacientes com primeira crise epilética.
- Exclusão: pacientes com situações que mimetizam crise epilética.

7. HISTÓRIA CLÍNICO E EXAME FÍSICO

Fazer inquérito (preferencialmente com vídeos) sobre a crise epilética, incluindo a aura e possíveis precipitantes e da história familiar (com heredograma) ou antecedentes prévios.

Fazer exame físico geral (avaliar principalmente dismorfismos e visceromegalias) e neurológico completo (sempre com pesquisa de manchas cutâneas e sinais meníngeos).

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

- EEG em sono e vigília, devendo ser avaliadas manobras ativadoras individualmente, como por exemplo, em crise de ausência com hiperventilação. No entanto, um EEG normal não descarta a epilepsia e muitas anormalidades do EEG são inespecíficas. Por exemplo, a desaceleração difusa também pode ocorrer com uma ampla variedade de encefalopatias ou em associação com alguns medicamentos, especialmente em altas doses. Anormalidades epileptiformes geralmente são mais informativas do que alterações menos específicas.
- RM de encéfalo: em pacientes sem critérios de epilepsia autolimitada da infância ou com apresentação atípica destas, ademais, deve ser cogitado em todos os pacientes quando diagnosticado epilepsia.
- Laboratoriais: glicemia capilar (ainda na emergência). Outros exames indicados são eletrólitos, função e enzimas hepáticas, função renal e urinálise, hemograma completo e beta-HCG (em mulheres em idade fértil).
- Pesquisa de medicações ou substâncias ilícitas, com pesquisa destas se necessário.
- LCR: em pacientes com sinais de rebaixamento/alteração de consciência persistente (mais prolongado do que o estado de mal epilético usual – 40 minutos) ou sinais focais localizatórios (com imagem anterior), ou então na investigação da epilepsia de possível etiologia genética ou autoimune (encefalite autoimune).
- Videoeletroencefalograma: diferenciar crise epilética de distúrbio paroxístico não epilético (incluindo crise não epilética de origem psicogênica), condução

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.ENE.001 – Página 3/6	
Título do Documento	PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

ou investigação de estado de mal epiléptico (rebaixamento de sensório sem etiologia definida) ou avaliação cirúrgica em epilepsia.

9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

As diretrizes atuais da Liga Internacional contra Epilepsia (do inglês, International League Against Epilepsia - ILAE) recomenda fazer um diagnóstico de epilepsia se os pacientes atendem a 1 das seguintes condições: pelo menos 2 convulsões não provocadas ocorrendo > 24 horas de intervalo, 1 não provocada e uma probabilidade de novas crises nos próximos 10 anos $\geq 60\%$ ou diagnóstico de síndrome de epilepsia. Dados demonstram que o risco resumido de uma convulsão não provocada adicional após uma primeira convulsão não provocada está na faixa de 40%, enquanto o risco resumido para novas convulsões não provocadas se aproxima de 80% naqueles que apresentaram duas (ou mais). Esse risco é maior em pessoas que sofreram lesão cerebral (como acidente vascular cerebral ou trauma) e a atividade epileptiforme é observada no EEG. Outros fatores que podem levar a um risco maior de convulsões nos primeiros 2 anos são outras anormalidades em exames de imagem cerebral e crises epilépticas noturnas.

A crise sintomática/provocada aguda difere da epilepsia por ter uma causa claramente identificável, como traumatismo craniano, febril ou hipóxia neonatal, não sendo clara a tendência a recorrência.

As crises epilépticas são consideradas sintomáticas agudas se ocorrerem nos primeiros 7 dias da doença cerebrovascular; TCE, incluindo cirurgia intracraniana e infecções do SNC. Para TCE, intervalos mais longos são aceitáveis para hematoma subdural. Da mesma forma, as convulsões associadas a malformações arteriovenosas são sintomáticas agudas durante a hemorragia aguda. Para infecções do SNC, convulsões sintomáticas agudas podem ocorrer além de 7 dias, com resultados clínicos ou laboratoriais persistentes. Quadros relacionados a alterações da homeostase metabólica, sendo mais frequentes quando a instalação é rápida, podem ser encontrados usualmente quando sódio menor do que 115mg/dl, cálcio < 5mg/dl, Creatinina > 10mg/dl, magnésio < 0,8mg/dl e glicose < 36mg/dl². Entretanto, valores diferentes destes propostos para adultos, não excluem totalmente, devendo ser, nessas situações, descartado epilepsia.

Portanto, está indicado o tratamento se for determinada que não é sintomática aguda e preencher algum dos seguintes critérios:

- Duas crises epilépticas (bem caracterizadas)
- Síndrome epiléptica
- Crise única, se¹:
 - Um insulto cerebral anterior visto do aumento da taxa relativa de convulsão recorrência em 1 a 5 anos de 2,55 (95% intervalo de confiança [IC] 1,44-4,51) em comparação com que em pacientes com convulsões de causa desconhecida.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.ENE.001 – Página 4/6	
Título do Documento	PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

- Um EEG com anormalidades epileptiformes, devido ter sido associado a um aumento da taxa relativa de convulsão recorrência em 1 a 5 anos de 2,16 (IC de 95% 1,07-4,38) em comparação com os pacientes sem tais anormalidades EEG.
- Imagens anormais do cérebro, sendo o aumento da taxa de risco para recorrência de convulsão em 1 a 4 anos de 2,44 (IC 95% 1,09-5,44) como em comparação com pacientes sem anormalidades no exame de imagem.
- Convulsão noturna, pois foi associado com risco de recorrência aumentada em 1 a 4 anos de 2,1 (IC 95% 1,0-4,3) em comparação com uma convulsão enquanto o paciente estava acordado.

O tratamento deve ser empregado quando do diagnóstico de epilepsia, devendo ser individualizado de acordo com efetividade para o padrão de epilepsia, formulações disponíveis (disponibilidade de deglutição do comprimido x solução), potencial teratogênico, toxicidade crônica, efeitos adversos, interação medicamentosa (inclusive se houver carboidrato e o paciente estiver em dieta cetogênica), comorbidades e avaliação financeira (disponível no SUS ou ainda se o paciente pode comprar).

- Crises focais: Oxcarbazepina, Carbamazepina, Fenobarbital, Topiramato, Ácido Valpróico ou Levetiracetam.
- Crises generalizadas: Topiramato, Ácido valpróico, Carbamazepina, Levetiracetam
- Epilepsia ausência: Etossuximida, Lamotrigina, Ácido valpróico, Levetiracetam.
- Epilepsia mioclônica juvenil: Lamotrigina, Levetiracetam, Topiramato, Clonazepam, Ácido valpróico.
- Epilepsia rolândica: Carbamazepina, Levetiracetam, Oxcarbazepina e Ácido valpróico

O monitoramento deve ser realizado com exames laboratoriais, individualizado de acordo com a medicação e sua farmacocinética, sendo indicado nível sérico apenas em pacientes com suspeita de não adesão, intoxicação, novas formulações (como genéricos), alterações na farmacocinética (como gravidez ou interações medicamentosas)⁶ ou em cuidados intensivos. Entre os exames, a monitorização deve ser individualizada, entretanto, usualmente é recomendado hemograma, sódio, vitamina D, enzimas hepáticas e canaliculares, amilase e lipase. Na primeira crise deve ser discutido função renal e eletrólitos.

10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Pacientes com necessidade de investigação de confirmação e etiologia, assim como, tratamento de efeitos colaterais e dificuldade de manejo.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.ENE.001 – Página 5/6	
Título do Documento	PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

11.REFERÊNCIAS

1. 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 Apr 21;84(16):1705-13. doi: 10.1212/WNL.0000000000001487. PMID: 25901057; PMCID: PMC4409581.
2. Beghi E, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Malmgren K, Sander JW, Tomson T, Hauser WA. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia*. 2010 Apr;51(4):671-5. doi: 10.1111/j.1528-1167.2009.02285.x. Epub 2009 Sep 3. PMID: 19732133.
3. Glauser T, Ben-Menachem E, Bourgeois B, Cnaan A, Guerreiro C, Kälviäinen R, Mattson R, French JA, Perucca E, Tomson T; ILAE Subcommittee on AED Guidelines. Updated ILAE evidence review of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia*. 2013 Mar;54(3):551-63. doi: 10.1111/epi.12074. Epub 2013 Jan 25. PMID: 23350722.
4. Mazur RD, Wang Ba Q, Kato Bs K, Buchsbaum Bs R, Bonito Bs J, Choi H, Hirsch L, Detyniecki K. Effectiveness of Levetiracetam Monotherapy in Pediatric Patients With Epilepsy. *J Child Neurol*. 2019 Sep;34(10):593-597. doi: 10.1177/0883073819846804. Epub 2019 May 22. PMID: 31113283.
5. Kanner AM, Ashman E, Gloss D, Harden C, Bourgeois B, Bautista JF, Abou-Khalil B, Burakgazi-Dalkilic E, Llanas Park E, Stern J, Hirtz D, Nespeca M, Gidal B, Faught E, French J. Practice guideline update summary: Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs I: Treatment of new-onset epilepsy: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology*. 2018 Jul 10;91(2):74-81. doi: 10.1212/WNL.0000000000005755. Epub 2018 Jun 13. PMID: 29898971.
6. Patsalos PN, Berry DJ, Bourgeois BF, Cloyd JC, Glauser TA, Johannessen SI, Leppik IE, Tomson T, Perucca E. Antiepileptic drugs--best practice guidelines for therapeutic drug monitoring: a position paper by the subcommittee on therapeutic drug monitoring, ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. 2008 Jul;49(7):1239-76. doi: 10.1111/j.1528-1167.2008.01561.x. PMID: 18397299.

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.ENE.001 – Página 6/6	
Título do Documento	PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

ELABORAÇÃO/ REVISÃO		
Mariana Braatz Krueger Barreira		
ANÁLISE		
Paula Manuela Rodrigues Pinheiro Bertoncini Unidade de Gestão da Qualidade	Data: ___/___/___	Assinatura e carimbo:
APROVAÇÃO		
Maria Airtes Vieira Vitoriano Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado	Data: ___/___/___	Assinatura e carimbo:
Jailton Vieira Silva Gerente de Atenção à Saúde	Data: ___/___/___	Assinatura e carimbo: